



**Instituto Politécnico de Beja**  
**Escola Superior de Educação de Beja**  
**Mestrado em Psicogerontologia Comunitária**

**As Representações Sociais dos Cuidadores Formais  
sobre Demência**

**Isabel da Conceição Caeiro Garrido**

**Beja**

**2017**



**Instituto Politécnico de Beja**  
**Escola Superior de Educação de Beja**  
**Mestrado em Psicogerontologia Comunitária**

**As Representações Sociais dos Cuidadores Formais**  
**sobre Demência**

**Dissertação de Mestrado apresentada na Escola Superior de Educação do**  
**Instituto Politécnico de Beja**

**Elaborado por:**  
**Isabel da Conceição Caeiro Garrido, n.º 3366**

**Orientado por:**  
**Prof.<sup>a</sup> Doutora Ana Clara Pica Nunes**

**Beja**

**2017**

## **Resumo**

A par do envelhecimento crescente da população, é necessária a implementação de estratégias para proporcionar as condições de bem-estar essenciais à população idosa, a nível físico, mental e sociofamiliar. A prossecução desse objetivo depende de um esforço conjunto, a nível mundial e governamental, através da instituição de medidas institucionais, tal como legislação protetora desta faixa etária, e também de cada cidadão, através do trabalho diário com esta população, onde os cuidadores formais e informais assumem um papel preponderante.

Nesta investigação a atenção recai sobre os cuidadores formais, isto é, sobre profissionais na área da Gerontologia/Geriatria que exercem a sua atividade numa Instituição Particular de Solidariedade Social. Pretendemos conhecer as representações sociais destes profissionais sobre demência, enquanto entidade nosológica e identificar a forma como estes vivenciam o trabalho com utentes com esta problemática.

Participaram na investigação nove Ajudantes de Ação Direta e a Diretora Técnica de uma Instituição Particular de Solidariedade Social do concelho de Moura, cujas respostas sociais são constituídas por Centro de Dia, Estrutura Residencial para Pessoas Idosas e Serviço de Apoio Domiciliário. Os dados foram recolhidos através de uma entrevista semiestruturada.

Foi possível apurar que os Ajudantes de Ação Direta participantes no estudo estão motivados para o trabalho com idosos, gostam desta profissão e reconhecem o que implica sofrer de demência, apesar de revelarem poucos conhecimentos acerca da doença enquanto entidade nosológica e sobre os vários tipos de demência.

Nesse sentido foi desenhado um projeto de intervenção onde é sugerida a realização de um curso de formação na área da demência denominado «conhecer para melhor cuidar», com o objetivo de fornecer aos cuidadores formais ferramentas para melhorar a prestação de cuidados aos utentes, através de uma maior formação e capacitação desses mesmos profissionais.

**Palavras-chave:** Profissionais na área da Gerontologia/Geriatria, idosos, demência

## **Abstract**

Along with the growing aging population, the implementation of strategies to provide welfare conditions essential to the elderly is needed, physical, mental and social-family. The pursuit of this goal depends on a concerted effort at global and governmental level, through the establishment of institutional measures, such as protective legislation in this age group, and also of each citizen through daily work with this population, where formal caregivers and informal play a key role.

In this investigation the attention falls on the formal caregivers, ie on professionals in the field of gerontology/geriatrics who pursue their activity in a Private Institution of Social Solidarity. We intend to know the social representations of these professionals on dementia as disease entity and identify how they experience working with clients with this problem.

Participated in the investigation nine Direct Action Helpers and a Private Institution of Technical Director of Social Solidarity in the municipality of Moura, whose social responses consist of Day Center, Residential Structure for Older Persons and Home Support Service. Data were collected through a semi-structured interview.

It was found that the Direct Action Helpers study participants are motivated to work with older people, like this profession and recognize which implies suffering from dementia, while revealing little knowledge about the disease as a disease entity and the various types of dementia.

In this sense it has been designed an intervention project which is suggested to carry out a training course in dementia area called 'know to better care ', in order to provide formal caregivers tools to improve the delivery of care to users through greater education and training of those professionals.

**Keywords:** Professionals in the field of gerontology/geriatrics, elderly, dementia

## **Agradecimentos**

Chegada a reta final desta caminhada, é tempo de agradecer às pessoas que me apoiaram neste desafio e sem as quais não teria sido possível este momento.

À minha orientadora, Professora Doutora Ana Clara Pica Nunes, o meu sincero agradecimento pelo tempo dispensado, pelos ensinamentos, pela motivação e por acreditar que era possível.

Aos professores que ao longo do curso de Mestrado de Psicogerontologia Comunitária nos transmitiram conhecimentos e ferramentas que nos enriquecem a nível pessoal e profissional.

Ao Ricardo, por ser o meu porto de abrigo e estar ao meu lado em mais um desafio.

À minha família e amigas, por acreditarem em mim e desculparem a minha ausência em prol deste projeto.

Aos participantes nesta investigação, pela disponibilidade demonstrada apesar do pouco tempo livre e pelos testemunhos enriquecedores que permitiram a realização desta dissertação.

À Marisa, pela amizade e por todo o apoio ao longo desta etapa final.

À Direção da Instituição selecionada, por consentir a realização das entrevistas aos seus colaboradores e pela disponibilização de todas as informações necessárias.

À Direção da Associação de Proteção Social à População da Luz, pelo apoio e compreensão.

A todos obrigado.

## Índice Geral

<b>Resumo .....</b>	<b>I</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>II</b>
<b>Introdução .....</b>	<b>9</b>
<b>Parte I – Enquadramento Teórico .....</b>	<b>11</b>
1. Justificação do Tema .....	12
2. Processo de Envelhecimento .....	15
3. Representações Sociais .....	19
4. Saúde Mental .....	21
5. Demências .....	23
5.1. Sinais e Sintomas de Demência .....	24
5.2. Tipos de Demência .....	27
5.3. Respostas Sociais e de Saúde para Pessoas com Demência .....	31
<b>Parte II – Estudo Empírico .....</b>	<b>34</b>
6. Metodologia .....	35
6.1. Objetivos .....	35
6.2. Participantes .....	36
6.3. Caracterização da Instituição .....	36
6.4. Instrumentos de Recolha de Dados .....	37
6.5. Procedimentos .....	39
6.6. Tratamentos dos Dados .....	40
7. Apresentação dos Resultados .....	42
7.1. Ajudantes de Ação Direta .....	43
7.2. Diretora Técnica .....	51
8. Discussão dos Resultados .....	55
<b>Parte III – Proposta de Projeto de Intervenção .....</b>	<b>60</b>
9. Fundamentação do Projeto .....	61

10. Objetivos .....	64
11. Público-Alvo .....	65
12. Recursos Humanos, Materiais e Financeiros .....	66
13. Cronograma .....	68
14. Avaliação .....	69
<b>Síntese Conclusiva</b> .....	<b>73</b>
<b>Referências Bibliográficas</b> .....	<b>75</b>
<b>Apêndices</b> .....	<b>78</b>
Apêndice I – Guião de Entrevista Ajudantes de Ação Direta .....	79
Apêndice II – Guião de Entrevista Diretora Técnica .....	83
Apêndice III – Pedido Formal à Instituição Seleccionada .....	86
Apêndice IV – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	88
Apêndice V – Matriz da Análise de Conteúdo das Entrevistas dos Ajudantes de Ação Direta.....	91
Apêndice VI – Matriz da Análise de Conteúdo da Entrevista à Diretora Técnica .....	107
Apêndice VII – Ficha de Auto-avaliação do Curso de Formação.....	109

## Índice de Quadros

Quadro 1 – Efeitos do envelhecimento no desempenho cognitivo.....	18
Quadro 2 – Estádios da Demência.....	26
Quadro 3 – Análise de conteúdo das entrevistas aos Ajudantes de Ação Direta.....	44
Quadro 4 – Análise de conteúdo da entrevista aplicada à Diretora Técnica .....	52
Quadro 5 – Dez questões orientadoras de um Projeto de Intervenção.....	62
Quadro 6 – Cronograma do Projeto de Intervenção .....	68
Quadro 7 – Esquema geral para o desenho da investigação .....	69



## Introdução

Segundo o relatório das Nações Unidas (2015), o envelhecimento populacional é um fenómeno que se regista em todo o mundo, com 901 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, o que corresponde a 12% da população global. Prevê-se que esse número cresça para 2,1 biliões em 2050. Em relação ao caso concreto de Portugal, em 2015 registava-se uma percentagem de 27,1% de pessoas com 60 ou mais anos e de 5,9% de idosos com 80 ou mais anos, valores cuja previsão será de 41,2% e 13,8% em 2050, respetivamente. (United Nations, 2015) Ao analisar estes dados é necessária “uma reflexão e a adoção de novos paradigmas de avaliação, intervenção e melhoria nos cuidados assistenciais”. (Prefácio de Firmino In: Sequeira, 2010:XIV)

O processo de envelhecimento é algo que devemos aceitar como um processo intrínseco da nossa existência e que é constituído por três componentes, o processo de envelhecimento biológico “que resulta da vulnerabilidade crescente e de uma maior probabilidade de morrer, a que se chama senescência”; o envelhecimento social “relativo aos papéis sociais” que a sociedade atribui a este nível etário e o envelhecimento psicológico. (Schroots & Birren, 1980 cit. por Paúl, 2005:275) Segundo Sequeira (2010) o processo de envelhecimento psicológico relaciona-se com a “avaliação do equilíbrio entre as limitações e as potencialidades do indivíduo” e este depende do “contexto sociocultural em que se encontra inserido e da forma como cada um organiza e vivencia o seu projeto de vida.” (2010:23)

A senescência constitui “um conceito central do estudo do envelhecimento humano” e é caracterizado por alterações a nível físico e biológico, como alteração dos padrões de sono e dificuldades motoras, alterações cognitivas, emocionais e sociais. (Conceição, 2016) Tais alterações implicam o aumento da dependência de terceiros, pelo que “é fundamental criar as condições necessárias para que a assistência nas atividades de vida diária promova a dignidade do alvo dos cuidados”, sendo para isso necessário “dotar os cuidadores com competências cognitivas (informação), competências instrumentais (saber fazer) e competências pessoais (saber lidar com).” (Sequeira, 2010:XXI)

Segundo o relatório do Programa Nacional para a Saúde Mental (2016), entre 2011 e 2014 o registo de idosos com perturbações mentais nos Cuidados de Saúde

Primários aumentou, notando-se uma prevalência das perturbações depressivas, maioritariamente na região Centro, seguidas das perturbações de ansiedade e das demências, na sua maioria na região do Alentejo. Nesse sentido, é necessário refletirmos sobre o que pode ser feito para aumentar a qualidade de vida da população idosa, dando especial enfoque aos doentes com demência e como podemos proporcionar condições que permitam um envelhecimento saudável e digno, canalizando a sua resiliência para a superação de obstáculos.

A presente dissertação resulta dessa reflexão e da tentativa de perceber o papel dos cuidadores formais de idosos enquanto agentes promotores do bem-estar dos utentes, com foco nos utentes com demência, tanto a nível da satisfação das necessidades básicas da vida diária como das necessidades emocionais e mentais dos utentes e conhecer as representações sociais sobre esta patologia.

O trabalho encontra-se dividido em três partes principais: na primeira parte, no domínio do enquadramento teórico serão abordados conteúdos relacionados com o tema em estudo e que, portanto, constituem o quadro referencial do estudo. Será assim feita uma explanação teórica relativa ao processo de envelhecimento, às principais demências e ao conceito de representações sociais. Numa segunda parte, relativa ao estudo empírico, são definidos os objetivos, o tipo de estudo, os principais procedimentos metodológicos, principais resultados e respetiva discussão, seguidos das conclusões do estudo. Numa terceira parte é apresentado um projeto de intervenção que se constitui como proposta com vista a minimizar ou atenuar os problemas/necessidades que emergiram do estudo.

## **Parte I - Enquadramento Teórico**

## **1. Justificação do Tema**

Com o envelhecimento demográfico e o aumento da esperança média de vida surgem novos desafios, nomeadamente nas áreas sociais e da saúde, exigindo eficácia e eficiência por parte destes sectores. Embora, como todos sabemos, envelhecimento não seja sinónimo de doença, é inegável que à medida que o ser humano envelhece, surge uma maior procura por cuidados de saúde, uma vez que a função fisiológica do nosso organismo tem tendência a deteriorar-se progressivamente ao longo do tempo.

Desta forma, é possível observar uma maior afluência de idosos, na procura de cuidados de saúde e de respostas sociais, justificando um maior investimento na promoção da saúde e prevenção da doença e nas respostas (integradas) às necessidades destas pessoas.

Como referem Pereira e Marques (2014), as alterações a nível da estrutura familiar, “transferem o cuidado do idoso para Instituições Sociais ao serviço da população idosa”, o que leva à necessidade de “apostar em profissionais com uma formação pessoal e profissional que propicie às pessoas idosas qualidade de vida, assim como o bem-estar da população com a qual diariamente trabalham.” (2014:134)

É necessário reunir esforços no sentido de dar resposta às necessidades da população idosa, como a perda de autonomia e a perda ou diminuição das redes de suporte, através das várias respostas sociais existentes na área dos idosos, de acordo com as características e necessidades dos utentes, tais como Estrutura Residencial para Pessoas Idosas, Centro de Dia, Serviço de Apoio Domiciliário, entre outros.

Para que estas respostas consigam desempenhar o seu papel social é necessário uma estrutura sólida, na qual os colaboradores assumem um papel de relevância, uma vez que são estes que contactam diariamente com os utentes, que lhes prestam os cuidados necessários e que, dependendo da tipologia da resposta, passam grande parte do dia junto dos utentes.

Uma vez que o papel dos cuidadores formais no apoio a pessoas com demência constitui o ponto-chave deste trabalho, é pertinente abordar o conceito de cuidador formal.

De acordo com Sequeira (2010), citado por Pereira e Marques (2014) o cuidador formal “é a pessoa capacitada para auxiliar o idoso que apresenta limitações para realizar as atividades e tarefas da vida quotidiana, fazendo elo entre o idoso, a família e serviços de saúde ou da comunidade”, um serviço normalmente remunerado e que tem como funções “ajudar nas atividades da vida diária, administrar medicamentos” de acordo com a prescrição médica, “auxiliar na deambulação e mobilidade, proporcionar conforto físico e psíquico; estimular o relacionamento e contacto com a realidade”; apoiar na participação em atividades socioculturais, “reconhecer sinais de alterações e prestar socorro em situações de urgência”. (Saraiva, 2010, cit. por Pereira & Marques, 2014:134)

Pela complexidade das funções desempenhadas o cuidador formal é um profissional de quem é expectável a identificação das necessidades do idoso, saber distingui-las, saber lidar com doenças e seus sintomas cognitivos” e adaptar o cuidado à personalidade do idoso. Cabe ainda a estes profissionais “o apoio na realização de atividades diárias básicas como a higiene e a alimentação”, o que propicia um contacto direto com o utente. (Pereira & Marques, 2014:134)

Segundo Sequeira (2010), a pessoa que presta cuidados ao idoso necessita de “adquirir/desenvolver diversas competências”, nomeadamente, iniciativa, responsabilidade e autonomia, de forma a desenvolver a ação adequada para cada situação, de acordo com a sua perceção. (2010:174) Desta forma, o cuidador necessita de ter um perfil apropriado para esta atividade, demonstrando empatia com o utente e uma atitude adequada, “de apreço e estima, com a preocupação de estimular” o utente. (2010:179)

Contudo, o ato de cuidar, para além de se assumir como uma fonte de rendimento, constitui também uma tarefa com uma dimensão muito particular, uma vez que, ao tratarmos de pessoas idosas temos que entender os “aspectos físicos, psicológicos, emocionais e sociais característicos do envelhecimento”, defendendo a manutenção da autonomia e da privacidade do idoso (Ferreira, 2012:25).

Quando falamos em cuidados devemos estabelecer a diferença entre cuidados instrumentais e cuidados expressivos. Os cuidados instrumentais são de “natureza física (higiene, alimentação, vestuário, eliminação, mobilização); técnica (terapêuticos, curativos, preventivos) e outros mais práticos (vigilância,

acompanhamento a consultas, gestão financeira, da medicação e do lar). Os cuidados expressivos são sobretudo os cuidados afetivos (companheirismo, conforto, carinho, satisfação da vontade e das necessidades) e relacionais (convívio e estimulação social, distração, comunicação e individuação dos cuidados).” (Imaginário, 2008, citado por Saraiva, 2011:17).

Uma das dificuldades com que os cuidadores formais de idosos se deparam diariamente é a abordagem a pessoas com demência, especificamente devido às características que esta doença acarreta, tais como esquecimentos muito frequentes, alterações no comportamento, agressividade, desorientação. Segundo o relatório do Programa Nacional para a Saúde Mental elaborado em março de 2016, “a estimativa da prevalência da demência para o nosso país ronda as 90.000 pessoas”, valores que deverão triplicar até 2050, “constituindo já uma das causas mais significativas de incapacidade nos mais idosos”. (2016:77) Incapacidade que implica a necessidade da prestação de cuidados diários a pessoas que vão perdendo capacidades biopsicossociais, o que se traduz numa atividade desgastante a vários níveis e que pode levar à progressiva degradação da saúde física e emocional do cuidador. (Araújo, 2010:45)

Como referido, o trabalho do cuidador formal implica a necessidade de tomar decisões perante situações específicas que poderão ter um impacto direto na saúde e bem-estar do utente, pelo que é necessário conhecer cada utente, as suas patologias e condicionantes. A escolha da temática das representações sociais dos cuidadores formais sobre demência, enquanto objeto de estudo, resulta da ideia de que esse apuramento poderá contribuir para a melhoria dos cuidados prestados aos utentes, com base num maior conhecimento sobre esta patologia, a nível da prevenção, sintomas, tipos de demência e as suas características.

## **2. Processo de Envelhecimento**

O interesse pelo processo de envelhecimento, enquanto objeto de estudo, pode remontar ao Antigo Testamento, “existindo registos de que o envelhecimento constituía já uma preocupação muito antes de Cristo”. (Paúl, 2005, citado por Sequeira, 2010:9) Exemplo disso é o estudo de Hipócrates (460 – 377 a.C.), “o primeiro a formular hipóteses médicas relativas às causas do envelhecimento, considerando-o como um fenómeno natural, físico e irreversível, onde se estava mais predisposto à doença devido à diminuição da resistência.” (Sequeira, 2010:9)

No seguimento da preocupação crescente com o fenómeno do envelhecimento, Elie Metchikoff propõe, em 1903, “uma nova ciência – a Gerontologia (estudo científico dos idosos); no entanto, esta apenas se desenvolveu de forma significativa após a Segunda Guerra Mundial, em 1945, na América do Norte, com a criação da Society of Gerontology”. (Sequeira, 2010:9)

Ainda de acordo com Sequeira (2010), “o conceito de envelhecimento sofreu várias mutações ao longo dos tempos”, de acordo com “as atitudes, crenças, cultura, conhecimentos e relações sociais de cada época”, ganhado destaque como objeto de estudo de várias ciências após o aparecimento da Gerontologia, a qual pode ser definida, segundo Bengston, Rice e Johnson (1999), como a ciência que estuda “os problemas funcionais e a sua inter-relação com as incapacidades e dependências dos idosos”, em que se aborda “o envelhecimento enquanto processo onde se incluem os aspectos biológicos, psicológicos e sociais da senescência e a idade enquanto padrão de comportamento social” (Bengston, Rice & Johnson, 1999, citados por Sequeira, 2010:11)

Segundo Paúl (2005), o estudo dos vários aspectos da senescência evoluiu e surgiram sub-disciplinas cujo interesse incidia em problemáticas particulares, tais como a Gerontologia Social “que estuda o impacto das condições sócio-culturais e ambientais no processo de envelhecimento e na velhice, as consequências sociais desse processo e as ações sociais que podem otimizar” esse processo. Outra sub-disciplina da Gerontologia é a Psicogerontologia, “que estuda as mudanças regulares que ocorrem em organismos maduros, geneticamente representativos (...) à medida que avançam na idade cronológica.” (Birren e Renner, 1977, cit. por Paúl, 2005:276)

Apesar de ser prática comum identificar os 65 anos como a idade em que começa a velhice, identificação que começou na Alemanha em 1880, “quando Otto von Bismarck escolheu essa idade como a idade de certos benefícios de natureza social”, “não existe uma idade determinada em que as pessoas possam ser consideradas velhas”, visto que as “alterações biológicas e psicológicas devidas ao envelhecimento ocorrem habitualmente de forma gradual, ao longo de anos ou décadas” (Spar & La Rue, 2005:35).

Os Gerontologistas “traçam frequentemente demarcações cronológicas mais apuradas no grupo geral das pessoas em envelhecimento”, estabelecendo diferenças entre «velhos-jovens», os indivíduos abaixo dos 75 anos de idade, e os «velhos-velhos», com idade acima dos 75 anos, e ainda com o grupo dos «velhos-mais-velhos», indivíduos com 85 anos de idade ou mais. Apesar destas distinções poderem ser consideradas arbitrárias, para estes profissionais são necessárias para identificar “diferenças importantes nos níveis de funcionamento e ajudar a limitar as generalizações excessivas sobre as características dos adultos idosos” (Spar & La Rue, 2005:35)

Esta preocupação crescente com o tema do envelhecimento suscitou o levantamento de várias teorias explicativas deste processo, como a teoria ecológica, em que Birren (1995) propõe que o “processo de envelhecimento resulta da interação entre um determinado património genético e o ambiente a que se encontra exposto” e a teoria gerodinâmica, proposta por Schroots (1995) que afirma que este processo “resulta de uma série finita de mudanças levando a uma maior desordem e a estruturas ordenadas de maior diferenciação”. As teorias do desenvolvimento, de Baltes e Smith (1999), “explicam as mudanças relacionadas com a idade numa perspetiva de ciclo de vida de acordo com as diferentes análises interdisciplinares”, relacionando os fatores biológicos com o funcionamento intelectual e a dependência com as capacidades e competências do idoso. (Sequeira, 2010:11-12)

Esta inter-relação da dependência com as competências do idoso assenta na ideia de que “a competência resulta de uma combinação de fatores biológicos e cognitivos, da idade, do estatuto socioeconómico, da capacidade subjetiva e do estilo de vida do idoso” (Fernandéz-Ballesteros *et al*, 2003) e que a “manutenção de uma vida independente, ou seja um envelhecimento com competência” resulta da promoção da



“saúde física e mental e da promoção de estilos de vida saudáveis”. (Fernandéz-Ballesteros *et al*, 2003 cit. por Sequeira, 2010:12)

Segundo Braddley (1986), citado por Spar e La Rue (2005), o envelhecimento está associado ao declínio das aptidões da memória de trabalho, que se relaciona “com a retenção a curto prazo e a manipulação de informação registada na memória consciente” e que a nossa memória apaga no espaço de dois segundos, como por exemplo memorizar um número de telefone e transcrevê-lo de imediato, o que influencia outras aptidões cognitivas complexas, “incluindo o raciocínio e outros processos, como aprender e recordar informação nova.” (2005:37)

Apesar do processo de envelhecimento diferir de pessoa para pessoa, e de sabermos que “os indivíduos podem envelhecer mais rapidamente nalgumas dimensões do que noutras, por exemplo, ser «velho» fisicamente mas mais jovem “a nível psicológico ou social”, Spar e La Rua (2005) resumiram, no quadro 1, as “características e experiências que influenciam o grau de alteração cognitiva que as pessoas manifestam com a idade.” (2005:41)

As alterações referidas no quadro 1 constituem parte de um processo amplo e multidimensional que caracteriza o envelhecimento, que engloba a dimensão biológica, psicológica, sociológica e cronológica. (Sequeira, 2010:19) No que concerne ao envelhecimento biológico, este resulta da “diminuição acentuada da capacidade de regeneração da célula, o que leva ao envelhecimento dos tecidos” (McArdle, Katch e Katch, 1998, cit. por Sequeira, 2010:21), que se traduz em mudanças no aspecto exterior, “no aparecimento de cabelos brancos, lentificação progressiva dos movimentos, alterações do equilíbrio, diminuição da força muscular, diminuição da velocidade de reação e alterações emocionais e cognitivas” e que marcam o início do processo de senescência. (Sequeira, 2010:21)

Outra dimensão do processo de envelhecimento, o envelhecimento psicológico, relaciona-se com as repercussões psicológicas do processo de senescência e depende de fatores patológicos, genéticos, ambientais, do contexto sociocultural e da “forma como cada um organiza e vivencia o seu projeto de vida”. Esta dimensão assume uma importância primordial na forma como se encara o próprio envelhecimento, no sentido em que a “satisfação pessoal (sentido e significado de existência)”, a história de vida e o contexto social e familiar vão incidir diretamente no

grau de satisfação e bem-estar e num envelhecimento bem-sucedido. (Sequeira, 2010:23-24)

<b>Aptidão</b>	<b>Sentido da mudança no envelhecimento</b>	<b>Comentário</b>
Inteligência Vocabulário, fundo de conhecimento	Estável ou crescente	Pode declinar ligeiramente em idade muito avançada; mais pronunciado em tarefas novas
Habilidades perceptivomotoras	Em declínio	O declínio começa pelos 50-60 anos
Atenção Campo de atenção Atenção complexa	Estável a declínio ligeiro Declínio ligeiro	Problemas em dividir a atenção, filtrar ruído, deslocar a atenção
Linguagem Comunicação Sintaxe, conhecimento de palavras Fluência, nomeação Compreensão Discurso	Estável Estável Declínio ligeiro Estável a declínio ligeiro Variável	Na ausência de défice sensorial Varia com o grau de instrução Lapsos ocasionais em encontrar palavras Alguma erosão no processamento de mensagens complexas Pode ser mais impreciso, repetitivo
Memória De curto prazo (imediate)	Estável a declínio ligeiro	Intervalo de dígitos em contagem crescente intacto, mas com fácil rutura por interferências
De trabalho Secundária (recente) Implícita	Declínio ligeiro Declínio moderado Estável a declínio ligeiro	Aptidão diminuída para manipular informação na memória de curto prazo Défices de codificação e recuperação; armazenagem intacta Pode recordar com mais facilidade características incidentais do que informação processada conscientemente
Remota	Variável	Intacta para figuras simples, mas não para complexas
Visuo-espacial Copiar desenhos Orientação topográfica	Variável Em declínio	Intacta para figuras simples, mas não para complexas Mais notável em terreno não familiar
Raciocínio Resolução lógica de problemas Raciocínio prático	Em declínio Variável	Alguma redundância e desorganização Intacto para situações familiares
Funções de execução	Declínio ligeiro	Planeamento/monitorização menos eficiente de comportamentos complexos
Velocidade	Em declínio	Lentificação do pensamento e da ação é a mudança mais constante no envelhecimento

Quadro 1 - Efeitos do envelhecimento no desempenho cognitivo (Fonte: Spar e La Rue, 2005:39)

### 3. Representações Sociais

O conceito de representação social “situa-se nas fronteiras entre a Sociologia e a Psicologia” e deriva do termo «representação coletiva», de Durkheim (1983), sociólogo que afirmava que “as categorias básicas do pensamento teriam origem na sociedade e que o conhecimento só poderia ser encontrado na experiência social”, com base na formação de conceitos repartidos pelos membros do grupo. (Alexandre, 2004:131)

Segundo Cortesão e outros autores (2005), “as representações sociais são conhecimentos socialmente construídos, elaborados e partilhados pelos membros de uma coletividade, orientadores parciais de comportamentos sociais”, são imagens mentais que os indivíduos vão construindo ao longo da sua existência, influenciadas pelos processos de socialização, pelos meios de comunicação social e pelas relações que desenvolvem nos diversos contextos sociais de interação (Cortesão *et al*, 2005:11).

Moscovici (1961) baseia-se no conceito de representação coletiva de Durkheim para abordar a Teoria das Representações Sociais, substituindo o termo coletivo por social, com enfoque no estudo das sociedades modernas e das suas características em termos de pluralismo e rapidez nas mudanças económicas, políticas e culturais. Para este autor, através das representações sociais partilhamos o que sabemos e ao mesmo tempo estamos sujeitos a alterações na perceção de conhecimentos pré-existentes. (Folle, 2012:31)

Através da Teoria das Representações Sociais Moscovici acrescenta ao conceito de representações coletivas de Durkheim o papel do ser humano, enquanto ser pensante, na transmissão da herança coletiva dos antepassados, “que acrescentaria às experiências individuais tudo o que a sociedade acumulou de sabedoria e ciência ao passar dos anos” e enquanto pensador autónomo e produtor “constante das suas representações, para quem as ciências e as ideologias não são mais que alimentos para o pensamento”. (Alexandre, 2004:131)

Como afirma Torres (2013), as representações sociais resultam de “ideias coletivas a respeito de fenómenos concretos ou a respeito de outras ideias” e que “determinam comportamentos coletivos e individuais”. No caso em concreto da demência, estas

ideias coletivas têm impacto a nível das políticas públicas de saúde e “formas de tratamento” das pessoas com esta patologia e são tendencialmente negativas, devido à proliferação da associação desta doença à “morte social” e cuidados negligentes. (2013:9)

#### 4. Saúde Mental

Tendo em atenção que esta investigação assume como temática a demência e está enquadrada no Mestrado em Psicogerontologia Comunitária, importa explorar o conceito de saúde mental e a sua relação com o processo de envelhecimento.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2007), a saúde é definida como o “estado de completo bem-estar físico, mental e social”. A partir de 1983 foi debatida a inclusão da dimensão espiritual neste conceito, pelo que começou a entender-se que ter saúde implicava estar bem a nível físico, mental, social, cultural e espiritual (Fleck *et al*, 2003, cit. por Calvetti, Muller & Nunes, 2007:711).

Com base no exposto, sublinhamos a importância da dimensão mental como indicador de saúde, o que levou à definição de saúde mental, o “estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, trabalha de forma produtiva e contribui para a comunidade em que se insere”. (Portal da Saúde Mental, s.d.) Segundo Fazenda (2006), a saúde mental “abrange um leque alargado de perturbações que afetam o funcionamento e o comportamento emocional, social e intelectual” e manifesta-se “em determinado momento ao longo da vida, antes do qual não existem alterações ou perda de capacidades.” A autora refere ainda que a “saúde mental depende tanto de fatores pessoais como ambientais e pode ser promovida através de programas adequados, da melhoria das condições sociais e da prevenção do *stress* e outros fatores de risco.” (2006:8)

É defendido por vários autores (Calvetti *et al*, 2007; Morais & Koller, 2004) que ao identificar os fatores de risco e de proteção envolvidos no processo saúde-doença é possível uma maior prevenção. Os fatores de risco relacionam-se com “eventos negativos que aumentam a probabilidade de a pessoa apresentar problemas físicos, psicológicos e sociais”, enquanto os fatores de proteção “se referem às influências que transformam ou melhoram respostas pessoais”, como por exemplo a resiliência, destacada como variável de proteção à saúde, e o bem-estar subjetivo, otimismo, felicidade, autodeterminação e habilidades interpessoais (Morais & Koller, 2004, cit. por Calvetti, Muller & Nunes, 2007:711).

A resiliência pode ser definida como a “capacidade que o indivíduo possui para se recuperar psicologicamente” perante as adversidades e varia de indivíduo para

indivíduo, de acordo com o “significado que a pessoa atribui aos eventos da vida, da capacidade afetiva” e ainda da existência de um projeto de vida, pelo que se constitui como um fator protetor da saúde mental e deve ser tido em conta no planeamento de políticas direcionadas para esta área. (Calvetti, Muller & Nunes, 2007:713)

Como referido anteriormente, o processo normal de envelhecimento traduz-se numa série de alterações a vários níveis, de entre os quais cognitivo. Neste campo as alterações poderão ser influenciadas por fatores genéticos, saúde, escolaridade, atividade mental, meio social e cultural e treino cognitivo e podem interferir na globalidade das funções do idoso. Estas alterações cognitivas podem ocorrer a nível das habilidades percetivo-motoras, da atenção, linguagem, memória de trabalho (recente) e memória remota ou longo prazo e o grau de deterioração destas aptidões “depende em grande parte das características individuais e do contexto em que o idoso esteve/está exposto”. (Sequeira, 2010:27-29)

No ponto seguinte será abordada a demência, que apesar de constituir uma doença neurológica e não mental afeta o bem-estar do doente e compromete o seu estado de saúde, pelo que importa clarificar o conceito, sinais e sintomas de demência, tipos de demência e algumas respostas direcionadas para esta população.

## 5. Demências

No seguimento da abordagem anterior acerca de saúde mental e envelhecimento cognitivo, importa referir que, de acordo com Spar e La Rue (2005), “os doentes idosos estão sujeitos ao mesmo amplo espectro de perturbações mentais que os adultos jovens” contudo a população idosa apresenta um maior risco de défice cognitivo, e verificam-se um grande número de casos de depressão, ansiedade e abuso de álcool nesta população. (2005:24) Várias investigações revelam que esta síndrome é relativamente incomum “em pessoas com menos de 60 anos” (Ritchie & Kildea, 1995; Nunes, 2005) e que se verifica uma duplicação da incidência por cada cinco anos, “atingindo taxas perto dos 40% a partir dos 90 anos.” (Spar & La Rue, 2005; Nunes, 2005; Garrett, 2005, cit. por Sequeira, 2010:93), pelo que é pertinente identificar a relação desta síndrome com o processo de envelhecimento.

Por vezes revela-se um processo difícil fazer a separação entre as alterações cognitivas resultantes do processo normal de envelhecimento e aquelas que resultam de uma perturbação a nível mental, como o caso da demência, a qual pode ser definida como o “conjunto de situações clínicas, (...) que determinam um declínio progressivo da capacidade de pensar, recordar e aprender e das atividades do dia-a-dia, em resultado de uma doença ou lesão do sistema nervoso central.” (Programa Nacional para a Saúde Mental, 2016:75)

Sequeira (2010) completa ainda este conceito ao assinalar a sua “natureza crónica, progressiva e com perturbação de múltiplas funções corticais, cuja característica essencial consiste no comprometimento da memória de fixação e evocação”. (2010:90)

De acordo com Barreto (2005), “a demência não deve ser considerada uma doença, mas sim uma síndrome”, um “conjunto de sinais e sintomas mais ou menos homogéneos, que podem ter várias etiologias e englobar várias doenças”. (Barreto, 2005, cit. por Sequeira, 2010:90)

O termo demência deriva da palavra de “origem latina *demens*, formada pelo prefixo *de* (sem) e o radical *mens* (mente)” e estudos comprovam a existência de registos egípcios, gregos e romanos com referência à relação do envelhecimento com problemas de memória, desde a Antiguidade. A partir do século XVIII foi dada uma

conotação médica a este conceito, que era definido com um estado de *deficit* intelectual, independentemente da causa. (Folle, 2012:15)

Perceber o processo de envelhecimento no seu todo e distinguir as características de um envelhecimento normal do envelhecimento patológico permitirá reduzir as dificuldades demonstradas pelos profissionais de saúde e familiares no diagnóstico de demência, que desvalorizam algumas queixas do idoso por atribuírem “alguns défices ao envelhecimento normal, dificultando o diagnóstico precoce e atrasando o tratamento sintomatológico de algumas problemáticas.” (Sequeira, 2010:20)

### **5.1- Sinais e Sintomas de Demência**

Segundo a Associação Portuguesa de Familiares e Amigos dos Doentes de Alzheimer (s.d.), os sinais iniciais de demência “são muito subtis e vagos e podem não ser imediatamente óbvios”, como por exemplo a “perda de memória frequente e progressiva, confusão, alterações da personalidade, apatia e isolamento e a perda de capacidades para a execução das tarefas diárias”.

O quadro sintomatológico de demência por vezes é confundido com outras perturbações, tal como os estados confusionais agudos, chamados por vezes de «demências reversíveis», em que o doente apresenta um padrão de desorientação intelectual e comportamental descrito pelo termo *delirium* (confusão). Nestas situações os sintomas apresentados passam pela alteração da consciência e da atenção, perturbações cognitivas globais e variações do ritmo do ciclo despertar-sono (Bennett & Shah, 1995:93, cit. por Phaneuf, 2010:27) As principais diferenças entre esta perturbação e a síndrome demencial passam pela sua reversibilidade e por se tratar “de um fenómeno temporário que se instala rapidamente, em alguns dias ou algumas horas”. (Phaneuf, 2010:27)

Ao detetarmos algum sinal que possa indiciar a manifestação de uma doença neurodegenerativa devemos procurar apoio médico, para que seja realizada uma análise multidisciplinar baseada nos registos dos sintomas daquele doente, de forma a perceber se se agrupam “nalguma síndrome que possa vir a identificar uma doença subjacente conhecida.” (Pontes, 2017:5) Contudo, a deteção da doença do foro neurológico não depende apenas dos registos de sintomas, sendo necessários vários



“testes, análises e outros meios complementares de diagnóstico”, que funcionam no seu conjunto, com a capacidade de “avaliar diversos ângulos”. (Pontes, 2017:5)

Um dos testes mais utilizados no diagnóstico de demência é o *MiniMental State Examination* (MMSE), “um instrumento de avaliação cognitiva de referência nos idosos com demência, uma vez que possibilita o despiste de déficit cognitivo.” (Folstein *et al*, 1975, cit. por Sequeira, 2010:121) Neste teste é avaliada “a orientação temporal e espacial, memória de curto prazo (imediate ou atenção) e evocação, cálculo, coordenação dos movimentos, habilidades de linguagem e viso-espaciais.” (Apóstolo, 2012:61)

O Teste de Declínio Cognitivo de 6 Itens (6CIT) foi desenvolvido em 1983 por Katzman e outros autores e revalidado por Brooke e Bullock em 1999 e é composto por seis questões “simples, não-culturais que não exigem uma interpretação complexa” e tem demonstrado “ser mais sensível e específico para avaliar a demência ligeira do que o MiniMental State Examination”. (Paiva, 2013:88)

Outro instrumento utilizado no diagnóstico da demência é a Escala de Avaliação da Demência (CDR), “um questionário que avalia seis categorias: memória, orientação, juízo e resolução de problemas, atividades sociais, atividades domésticas e recreativas e cuidado pessoal.” (Hughes *et al*, 1982; Morris, 1983, cit. por Sequeira, 2010:124)

Importa ainda referir a Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer (ADAS), “um instrumento criado para avaliar o estado cognitivo e comportamental da pessoa com doença de Alzheimer.” (Rose *et al*, cit. por Sequeira, 2010:131) Neste teste são avaliadas as áreas mais afetadas por esta doença, nomeadamente a evocação de palavras, nomeação de objetos, capacidade construtiva, orientação, reconhecimento de palavras, recordar instruções do teste e compreensão da linguagem oral. (Apóstolo, 2012)

De acordo com Barreto (2005), após o diagnóstico de demência, existem alguns instrumentos que permitem avaliar o estágio da síndrome, como a Escala Global de Deterioração / *Global Dementia Rating* (EGD/GDS) (adaptada de Reisberg, 1982), que identifica sete estágios da demência, os quais se encontram sintetizados no quadro 2. (Sequeira, 2010:109)

<b>Estádio</b>	<b>Sintomatologia</b>	
1	Sem alterações significativas	
2	Queixas subjetivas de memória	Queixas mnésicas relacionadas com esquecimentos de nomes, local de objetos, conversas/acontecimentos recentes; O doente mantém-se autónomo; Os sintomas passam despercebidos à família
3	Défice ligeiro da memória	Agravamento das queixas anteriores, dificuldades no desempenho social ou familiar; Esquecimento de nomes de pessoas próximas, perde-se em lugares familiares; Negação em que a pessoa minimiza as suas queixas e tenta encontrar uma justificação plausível
4	Demência ligeira ou inicial	Os défices tornam-se mais visíveis e facilmente observáveis através da entrevista clínica; Algumas dificuldades ao nível das atividades de vida diária (conferir trocos, organizar as finanças, utilizar transportes); Perda de alguma autonomia e os défices são notados pela família
5	Demência moderada	Dificuldades ao nível das atividades básicas de vida diária (vestir a roupa, etc.); Graves comprometimentos da memória (dificuldades em recordar momentos importantes); O doente torna-se repetitivo, confunde objetos habituais (agnosia); Não tem consciência dos seus défices (anosognosia); Alterações no comportamento e psiquiátricos (agitação/agressividade, apatia, insónia)
6	Demência grave	O doente fica progressiva e totalmente dependente, a nível da higiene, vestir-se, deslocar-se; Tem um discurso fragmentado, sem capacidade para reter informação e habitualmente deixa de conhecer os familiares; Agressividade/apatia, desconfiança, alucinações, alterações do ritmo sono-vigília
7	Demência muito grave	De forma progressiva, o doente perde totalmente a linguagem e a marcha, fica incontinente; Necessita de ajuda total ao nível das atividades de vida diária

Quadro 2 – Estádios da Demência – Escala Global de Deterioração (Fonte: Sequeira, 2010:109-110)

Outro instrumento que permite averiguar o estágio de demência é a Escala de Demência, de Blessed (1988), um dos instrumentos mais antigos utilizado na avaliação e quantificação de alterações funcionais e emocionais decorrentes desta síndrome, com recurso à deteção de mudanças no desempenho das atividades

diárias, hábitos, personalidade, interesses e motivação do utente examinado. (Apóstolo, 2012)

## **5.2. Tipos de Demência**

Muitas vezes associamos a demência exclusivamente à doença de Alzheimer, o tipo mais comum, que afeta entre 50% a 70% dos portadores de demência. Esta é “uma doença progressiva, degenerativa” resultante de mutações no cérebro que impedem a comunicação entre as células cerebrais e que originam a “incapacidade de recordar ou assimilar a informação”. Na sua fase inicial “manifesta-se por perdas de memória e confusão”, sintomas que conduzem progressivamente a perturbações comportamentais, cognitivas e motoras, que afetam a capacidade do doente para a realização das atividades de vida diária e as suas relações sociais e familiares. (Phaneuf, 2010:52)

Esta tipologia de demência foi descoberta em 1906 por Alois Alzheimer, psiquiatra e neuropatologista alemão, que pela primeira vez relacionou as lesões cerebrais observadas na autópsia de uma mulher que apresentava uma diminuição agravada das suas faculdades mentais com o seu comportamento.

Apesar dos inúmeros estudos que abordam a temática da Doença de Alzheimer não foi ainda possível, até ao momento, conhecer as causas concretas desta patologia, restando apenas o conhecimento de alguns fatores que poderão desencadear este tipo de demência, como a idade avançada, um baixo nível de escolaridade, a exposição prolongada a inseticidas, colas e fertilizantes, os antecedentes familiares, entre outros. (Phaneuf, 2010:54-57)

Quanto ao seu diagnóstico, este passa por uma análise global do doente, através da observação do comportamento e capacidade de raciocínio, dos antecedentes médicos e familiares, da avaliação da condição mental com recurso a testes de memória e a realização de exames médicos que permitam identificar problemas de saúde secundários e exames de imagiologia.

No que diz respeito à prevenção da Doença de Alzheimer, as medidas a tomar são aquelas que devemos adotar como boas práticas, tais como uma alimentação

saudável, prática de exercício físico, estimulação intelectual e relações sociais e familiares satisfatórias.

Ao falarmos de demência é comum surgir a questão da hereditariedade da doença. Segundo a Associação Portuguesa dos Familiares e Amigos dos Doentes de Alzheimer (s.d.), “o facto de se ter um parente próximo com doença de Alzheimer” não significa que desenvolveremos inevitavelmente essa patologia, embora existam fatores genéticos de risco para o desenvolvimento da doença, “em comparação à média da restante população.” Como é o caso da doença de Alzheimer Familiar (DAF), que “afeta um número extremamente reduzido de pessoas” e que é “transmitida de geração em geração”, em que “se um dos progenitores possui uma mutação genética que provoca DAF, cada filho terá 50% de probabilidade de herdá-la” e poderá “desenvolver doença de Alzheimer, normalmente entre os 40 e os 60 anos”. A Doença de Alzheimer Familiar é diagnosticado através de um teste genético, que “pode indicar se a pessoa tem DAF, se uma criança herdou o gene alterado de um dos seus progenitores e se irá desenvolver a doença no futuro. No entanto, não consegue determinar quando é que os sintomas vão ter início.”

No campo das demências frontotemporais encontramos a Doença de Pick, uma “doença degenerativa pouco conhecida, identificada em 1892 por Arnold Pick”, caracterizada por “uma atrofia maciça do cérebro” que surge “nas pessoas de 40 a 60 anos de idade” de ambos os géneros mas com prevalência nas mulheres. Apesar de não se conhecerem as causas desta doença “uma ligação genética parece provável” uma vez que “50% dos doentes atingidos pela doença de Pick têm um parente do primeiro grau” que sofreu desta patologia e os sintomas passam pelo “declínio rápido das faculdades intelectuais, terminando na demência completa e na afasia”.

O diagnóstico desta doença revela-se difícil, visto que apresenta semelhanças à doença de Alzheimer, pelo que muitas vezes a distinção entre as duas doenças só é possível após a autópsia do doente. (Phaneuf, 2010:43-44)

Outro tipo de demência que tem a particularidade de ser hereditária é a Coreia de Huntington, também conhecida por «coreia hereditária», uma vez que “cada pessoa que apresenta um cromossoma 4 defeituoso tem 50% de risco de desenvolver a doença.” Esta doença manifesta-se entre os 30 e os 50 anos de idade, em que o doente apresenta inicialmente uma “certa irregularidade na marcha, perturbações da

memória e mudanças do comportamento”, problemas que aumentam progressivamente e aos quais se adicionam perturbações mentais, movimentos incontroláveis, bruscos e irregulares e por vezes epilepsia, culminando na perda da capacidade motora e dificuldades severas a nível da linguagem e da deglutição.

O diagnóstico desta doença é realizado com recurso a um teste genético, criado em 1993, que permite identificar os portadores desta doença antes do seu desencadeamento. (Phaneuf, 2010:45)

Abordamos ainda a Demência Vascular, que resulta da destruição do tecido cerebral devido a múltiplos enfartes cerebrais, causados pelo “estreitamento das artérias e por uma circulação sanguínea deficitária”. Os sintomas e a progressão da doença variam segundo as áreas do cérebro atingidas e passam por perdas de memória, alteração do julgamento, mudanças no humor e apatia. Esta tipologia constitui a segunda maior causa de demência e é diagnosticada com recurso ao exame neurológico e à tomografia axial computadorizada (TAC). Os fatores de risco desta tipologia de demência são a hipertensão arterial, tabagismo, diabetes, taxa elevada de colesterol, arteriosclerose e uma alimentação rica em gorduras.

Quanto ao tratamento desta patologia, à exceção de medicação anticoagulante utilizada na prevenção dos acidentes vasculares, não existe tratamento para reverter os danos causados pela Demência Vascular. (Phaneuf, 2010:37)

A Doença de Parkinson assume-se como “uma perturbação progressiva do sistema nervoso central, caracterizada por tremores, rigidez nos membros e articulações, problemas na fala e dificuldade na iniciação dos movimentos”. Resulta da “diminuição da atividade de um neurotransmissor, a dopamina” produzida na região responsável pelo controlo muscular e numa fase avançada da doença “causa demência em 20% das pessoas atingidas” devido à deterioração intelectual e comportamental. (Phaneuf, 2010:39-40)

Apesar de não existir ainda uma cura para esta doença, existem alguns tratamentos que “visam restabelecer o equilíbrio dos neurotransmissores lesados pela doença” e retardar a sua progressão, através de uma combinação de medicamentos. É também apontado como bastante benéfico para estes doentes um programa regular de exercícios com o objetivo de manter a flexibilidade das articulações e o tónus muscular. (Idem)

A síndrome de Korsakoff, ou síndrome amnésico, é causada pela ingestão excessiva de álcool durante um longo período de tempo. Numa fase inicial o consumo de álcool em excesso, aliado à carência de vitamina B, compromete a memória a curto prazo, depois a memória a longo prazo e numa fase posterior dificulta novas aprendizagens, que culmina no declínio do pensamento abstrato, desorientação e diversas perturbações psíquicas. (Phaneuf, 2010:41)

Uma outra tipologia de demência menos conhecida é a Doença de Creutzfeldt-Jakob, que se pode apresentar de forma esporádica, familiar e adquirida. A sua forma esporádica é resultante da mutação de uma proteína da célula nervosa que pode ser desenvolvida em pessoas de ambos os géneros, com idades entre os 50 e os 75 anos, atinge uma pessoa num milhão e a sua progressão é fulminante. A forma familiar desta doença representa 5 a 10% dos casos, manifesta-se entre os 35 e os 55 anos de idade e é transmitida de modo hereditário, através do cromossoma 20. Esta doença pode ainda apresentar-se de forma adquirida, resultante de um tratamento médico em que exista contaminação por sujeitos infetados através de implantes e material não descontaminado, na qual os sintomas são de rápida progressão e passam por movimentos involuntários, problemas de comportamento e declínio cognitivo. O diagnóstico desta doença só é possível na autópsia do doente. (Phaneuf, 2010:46)

Importa ainda referir a demência associada à SIDA (DAS) ou Complexo Demencial relacionado com a SIDA, a qual “pode ser desenvolvida por pessoas portadoras do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) e que envolve vários sintomas mentais e do sistema nervoso”. Esta tipologia de demência é “pouco comum nas pessoas que se encontram nas fases iniciais da doença, mas aumenta à medida que esta avança” e caracteriza-se inicialmente pela “falta de concentração, pensamento mais lento, demora na realização e organização das atividades diárias, irritabilidade, marcha instável ou dificuldade em manter o equilíbrio e alterações na escrita manual” e numa fase mais avançada pela “perda de controlo dos esfíncteres, marcha espática e perda de iniciativa ou interesse”. A demência associada à Sida pode ser diagnosticada através de exames laboratoriais e exames de Imagiologia. (Associação Portuguesa de Familiares e Amigos dos Doentes de Alzheimer, s.d.)

Com base na descrição das tipologias de síndrome demencial e das consequências nefastas destas patologias no bem-estar do utente, torna-se essencial a existência de

respostas que vão de encontro às necessidades destes doentes, as quais serão mencionadas de seguida.

### **5.3. Respostas Sociais e de Saúde para Pessoas com Demência**

Com a tendência cada vez mais acentuada do envelhecimento da população, torna-se necessária uma resposta conjunta e eficaz às problemáticas identificadas em relação aos idosos, neste caso em concreto a situação de dependência resultante da demência.

Segundo o Instituto da Segurança Social, I.P. (s.d.), podemos identificar várias respostas sociais a nível formal, direcionadas às pessoas idosas, tais como Centros de Dia, que prestam um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção das pessoas idosas no seu meio sociofamiliar e Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas, destinadas a alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, para pessoas idosas ou outras em situação de maior risco de perda de independência e/ou de autonomia.

Podemos também encontrar respostas sociais direcionadas à população em situação de dependência na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, uma resposta criada em 2006 “constituída por um conjunto de instituições, públicas ou privadas que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social” aos utentes, tanto na sua casa como em instalações próprias”. Ao analisar a situação do utente referenciado, o utente é encaminhado para uma das tipologias existentes, de acordo com as suas necessidades, as quais se apresentam como Unidade de Convalescença; Unidade de Média Duração e Reabilitação; Unidade de Longa Duração e Manutenção e Unidade de Cuidados Paliativos. (Instituto da Segurança Social, s.d.)

Para além das respostas ao nível estatal, também várias associações e organizações não-governamentais têm demonstrado preocupação com o bem-estar dos idosos dependentes, nomeadamente de idosos com demências, resultando a criação e divulgação de vários projetos nesta área:

- **Alzheimer Portugal** (Associação Portuguesa de Familiares e Amigos dos Doentes de Alzheimer):

Através de uma página eletrónica (<http://alzheimerportugal.org/pt/cuidar>), os cuidadores poderão ter acesso a um conjunto de informações que pretendem capacitar o cuidador para melhorar os serviços prestados aos doentes com esta patologia. Para além disso esta associação criou, em 2013, o Gabinete *Alzheimer.m@aior*, em parceria com a Santa Casa da Misericórdia de Campo Maior. (Alzheimer Portugal, 2017)

Também o projeto “Café Memória” merece aqui referência. Baseado num conceito existente em vários países, foi trazido para Portugal pela Associação Alzheimer Portugal e Sonae Sierra em 2013 e trata-se de um serviço que oferece às pessoas com problemas de memória ou demência e aos familiares e cuidadores um local de encontro para “partilha de experiências e suporte mútuo, com o acompanhamento de profissionais de saúde” e voluntários em “sessões estruturadas, num espaço informal e protegido, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e redução do isolamento social.”

A Associação Alzheimer Portugal desenvolveu também uma parceria com a Fundação Calouste Gulbenkian, Fundação Montepio e Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa da qual resultou o Projeto «Cuidar Melhor», o qual tem como objetivos realizar atendimentos presenciais e prestar às pessoas com demência, seus familiares e cuidadores alguns serviços, como informação sobre demência a nível dos sinais de alerta, diagnóstico e prevenção; encaminhamento para as respostas sociais existentes na comunidade; apoio jurídico; alívio ao cuidador informal, com o apoio de voluntários que se deslocam ao domicílio e prestam ajuda nas tarefas do cuidador, de forma a permitir a este algum descanso; apoio psicológico para cuidadores informais; estimulação cognitiva para os doentes com demência e formação para cuidadores informais e profissionais. Atualmente este projeto tem três gabinetes em funcionamento, em Cascais, Oeiras e Sintra.

Importa também referir o programa «**Estou Aqui Adultos**», uma iniciativa criada pela Polícia de Segurança Pública em 2015, com o objetivo de auxiliar adultos em situação de desorientação ou acidente na via pública, através da identificação da pessoa e contacto dos responsáveis. Após a inscrição neste programa é solicitado



dois contactos, pelo menos, de emergência, de forma a garantir a facilidade de contacto.

A nível local, em Beja, foi inaugurado em maio de 2014 o **Gabinete Alememória**, que resulta de um protocolo de colaboração entre a Associação Alzheimer Portugal e o Instituto Politécnico de Beja, através da cedência do espaço onde um grupo de voluntárias, composto por uma Assistente Social, uma Enfermeira e uma Psicóloga, realiza atendimentos destinados a apoiar pessoas com demência e os seus cuidadores. São ainda prestados serviços como apoio psicológico, grupos de ajuda mútua, estimulação cognitiva, sessões de relaxamento, expressão motora, expressão plástica e musicoterapia.

Também no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital José Joaquim Fernandes, em Beja, foi recentemente (2016) criada a **consulta de Gerontopsiquiatria**. Com uma equipa multidisciplinar constituída por psiquiatra, enfermeiro, psicólogo esta valência procura dar respostas às pessoas referenciadas à consulta de psiquiatria, com idade superior a 65 anos.

A nível da melhoria de serviços prestados aos utentes e em especial aos utentes com demência, as entidades prestadoras de formação profissional têm direccionado o seu plano de ações de formação para a área da demência, através da inclusão de várias sessões direccionadas aos cuidadores formais. Exemplo desta dinâmica é a Replicar Socialform, com ações de formação e *workshops* intitulados "Como os métodos mnemónicos podem ajudar a estimular a memorização", ou "Método Montessori em Geriatria". A Associação Alzheimer Portugal apresenta também um leque de ações de formação e *workshops* na área da demência, realizados através do seu Departamento de Formação. Também o Instituto do Emprego e Formação Profissional, I.P., oferece ações formativas na área da Geriatria e da saúde mental.

## **Parte II – Estudo Empírico**

## **6. Metodologia**

A investigação realizada assume-se como um estudo exploratório, de natureza qualitativa e indutiva, em que o investigador “observa, descreve, interpreta e aprecia o meio e o fenómeno tal como se apresentam, sem procurar controlá-los” (Fortin, 2003:22).

Segundo Ferreira (2012), “a compreensão dos problemas a partir da perspectiva dos sujeitos da investigação, não generalizando mas procurando entender os sujeitos e os fenómenos estudados tendo presente a complexidade e particularidade dos mesmos” apresenta-se como a principal vantagem da investigação qualitativa. (2012:35)

Esta metodologia foi seleccionada por se apresentar como a forma “mais correta e viável para recolher e analisar as experiências de vida dos sujeitos presentes na investigação”, neste caso em concreto, os cuidadores formais de idosos e as suas representações sociais sobre demência. (Ferreira, 2012:35)

Pode ainda dizer-se, segundo Bertaux (1991), que a investigação qualitativa de natureza indutiva permite valorizar “as decisões, comportamentos e valores como uma totalidade em que o objetivo e subjetivo se encontram no mesmo processo”, da mesma forma que permite “contrapor ao saber do técnico o saber do homem comum (...) aceitando que o sujeito não é um objeto de investigação passivo” (Bertaux, 1991, cit. por Guerra, 2006:32). Nesse sentido, pretende-se conhecer as opiniões, expressões e hesitações dos participantes no estudo em relação à temática, através da entrevista semiestruturada, que permite um contacto direto com a fonte de informação.

### **6.1. Objetivos**

O presente estudo teve como principal objetivo identificar as representações sociais dos cuidadores formais sobre demência.

Os objetivos específicos do estudo passam por apurar os conhecimentos dos cuidadores formais de idosos sobre demência, enquanto entidade nosológica e identificar a forma como estes vivenciam o trabalho com utentes com demência.

## **6.2. Participantes**

Para a recolha dos dados foram realizadas entrevistas semiestruturadas a uma amostra intencional por conveniência, composta por nove colaboradoras de uma Instituição Particular de Solidariedade Social, com a categoria profissional de Ajudantes de Ação Direta, assim como à Diretora Técnica da Instituição.

No que diz respeito aos participantes com a categoria profissional de Ajudantes de Ação Direta, a sua integração no estudo relaciona-se com as características das tarefas desenvolvidas por estes profissionais, que passam pelo apoio nas atividades de vida diárias dos utentes e de que resulta um contacto direto com o utente. Assumindo esta investigação um carácter qualitativo, em que se pretende apurar os conhecimentos dos cuidadores formais sobre demência, assume primordial importância a abordagem aos profissionais que têm maior contacto diariamente com o utente. De referir ainda que, dos dezasseis colaboradores que compõem o quadro de recursos humanos, nove têm esta categoria e foram todos incluídos na amostra.

A aplicação da entrevista semiestruturada à Diretora Técnica desta Instituição teve como objetivos compreender de que forma esta avalia o grau de conhecimentos dos Ajudantes de Ação Direta da Instituição sobre demência e como estes vivenciam o trabalho com os utentes com esta síndrome, assim como perceber se as informações apuradas nos dois grupos de participantes divergem.

## **6.3. Caracterização da Instituição**

Para a realização da investigação foi necessário seleccionar uma Instituição na área da prestação de cuidados a idosos onde fosse possível aplicar as entrevistas semiestruturadas aos participantes.

Inicialmente foi colocada a hipótese de aplicar os instrumentos de recolha de dados na Instituição onde desenvolvo a minha prática profissional, contudo essa opção foi desaconselhada pela orientadora desta dissertação, por colocar em causa a fiabilidade dos dados recolhidos, devido à hierarquia profissional existente e ao possível receio dos participantes de consequências negativas pelas respostas e consequente deturpação das respostas.

A Instituição selecionada situa-se numa freguesia do concelho de Moura, distrito de Beja, é uma Instituição Particular de Solidariedade Social e tem o regime jurídico de Pessoa Coletiva Religiosa. Foi fundada no ano 2000, por iniciativa de um grupo de mulheres da freguesia que pretendia a criação de um local destinado ao apoio da população idosa a nível dos cuidados básicos e desenvolve as respostas sociais Centro de Dia, Estrutura Residencial para Pessoas Idosas e Serviço de Apoio Domiciliário. Tem capacidade para o total de cinquenta e sete utentes, sete na resposta de Centro de Dia, trinta e dois na Estrutura Residencial para Pessoas Idosas e dezoito na resposta de Serviço de Apoio Domiciliário.

Por questões éticas relacionadas com o sigilo e confidencialidade, optámos por omitir a identificação da Instituição participante na investigação, à qual nos referiremos, ao longo do estudo, por “Instituição”.

A seleção desta Instituição para a aplicação dos instrumentos de recolha de dados prende-se com o facto de esta entidade desenvolver a resposta social Estrutura Residencial para Pessoas Idosas, fator que implica que os participantes no estudo tenham um contacto direto e contínuo, durante o horário laboral, com os utentes que se encontram durante todo o dia na Instituição. Outro dos motivos para a seleção desta Instituição relaciona-se com a proximidade da minha área de residência e a facilidade da aplicação dos instrumentos de recolha de dados.

#### **6.4. Instrumentos de recolha de dados**

Para o apuramento das informações necessárias foram aplicadas à amostra entrevistas semiestruturadas. Este método de recolha de informações apresenta-se como o mais adequado para este estudo, visto que permite a criação de uma relação de empatia entre investigador e participante, criando um ambiente favorável em que

o participante pode responder de forma honesta e fornecer um maior leque de informação, uma vez que pode falar abertamente acerca do tema em análise na entrevista, o que não acontece numa questão fechada, que limita a resposta às opções do investigador.

A escolha deste instrumento de recolha de dados resulta ainda da facilidade que este método apresenta para a obtenção de informações, em que o investigador tem a opção de adicionar ou retirar questões do guião, de acordo com o fluxo da entrevista e das informações que se pretendem apurar, permitindo também “avaliar atitudes e condutas” com base na linguagem verbal e não-verbal, “na qual se incluem as posturas corporais, os gestos, o contacto visual, os silêncios, as hesitações”, pelo que deverá “haver um cuidado especial do investigador para notar esses mesmos sinais e registá-los para de futuro poder proceder à sua interpretação” (Ferreira, 2012:40).

Para a realização da entrevista aos participantes com a categoria profissional de Ajudantes de Ação Direta<sup>1</sup> foi elaborado previamente um Guião de Entrevista Semiestruturada composto por uma primeira parte em que eram solicitados dados para a caracterização individual, nomeadamente género, idade, estado civil, habilitações literárias, data de início da prestação da atividade profissional na Instituição e ainda experiências anteriores na área dos cuidados a idosos.

Na segunda parte do guião constam ainda vinte questões, categorizadas em quatro áreas de interesse, nomeadamente a caracterização da atividade profissional, os aspectos positivos e negativos da atividade profissional, as representações sobre demência e a caracterização da formação.

O guião de entrevista aplicado à Diretora Técnica da Instituição<sup>2</sup> é composto por questões de caracterização individual, semelhantes às aplicadas aos Ajudantes de Ação Direta. A estrutura do guião apresenta, para além da caracterização individual, mais três categorias, nomeadamente a caracterização dos utentes da Instituição, os aspectos positivos e negativos da atividade profissional, representações sobre demência e a caracterização da formação.

---

<sup>1</sup> Consultar Apêndice I

<sup>2</sup> Consultar Apêndice II

## 6.5. Procedimentos

Após o pedido formal à Instituição para a aplicação de entrevistas semiestruturadas aos participantes no estudo<sup>3</sup>, o qual foi deferido, foi agendado com a Diretora Técnica a data para a realização das entrevistas, de acordo com a disponibilidade dos entrevistados.

Tal como refere Fernandes (2013), “num trabalho de investigação é necessário ter em conta o respeito pelos direitos das pessoas, ou seja, saber agir eticamente perante o outro. (2013:58) Pelo que foi explicado a cada participante a temática e a finalidade da investigação, os principais objetivos e foi assegurado o anonimato e a confidencialidade dos dados obtidos, informação que foi reduzida a escrito no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido<sup>4</sup>.

A recolha dos dados foi elaborada individualmente em fevereiro deste ano, nas instalações da Instituição, numa divisão afastada das zonas com maior movimentação, de forma a proporcionar aos entrevistados um ambiente calmo e seguro. Ao longo das entrevistas foi utilizada pela investigadora uma linguagem simples, repetindo as questões e esclarecendo todas as dúvidas emergentes, com o intuito de proporcionar ao entrevistado as condições para um diálogo honesto e esclarecedor.

Os dados apurados ao longo da aplicação das entrevistas semiestruturadas foram registados em áudio, de forma a facilitar a transcrição das informações e a realização da análise de conteúdo e por escrito, onde foram registadas as emoções demonstradas pelos participantes perante cada questão e quais os pontos-chave da entrevista que desencadearam maiores emoções.

Posteriormente foi realizada a transcrição integral dos dados resultantes da aplicação das entrevistas, respeitando de forma fidedigna as expressões utilizadas por cada participante e as emoções manifestadas, os quais foram tratados com recurso à análise de conteúdo, uma ferramenta de análise na área das ciências sociais e humanas que será descrita no ponto seguinte.

---

<sup>3</sup> Consultar Apêndice III

<sup>4</sup> Consultar Apêndice IV

## 6.6. Tratamento dos Dados

Para o tratamento dos dados apurados nas entrevistas recorreremos à análise de conteúdo, a qual pode ser definida “como um conjunto de instrumentos metodológicos que se aplicam a discursos”. Neste caso em concreto, a análise centrou-se nas expressões do discurso dos participantes, na qual se dá uma maior “atenção ao vocabulário utilizado, às hesitações, analisando-os de forma a compreender o estado de espírito do sujeito assim como as suas tendências ideológicas.” (Ferreira, 2012:41)

Nesse sentido, importa referir Campos (2004), autor que afirma que “o conteúdo de uma comunicação é tão rica e apresenta uma visão polissémica valiosa, que notadamente permite ao pesquisador qualitativo uma variedade de interpretações”, as quais devem ser focadas nos conteúdos explícitos nos discursos, mantendo a objetividade da investigação. Uma investigação que utilize como ferramenta de tratamento de dados a análise de conteúdo baseada na semântica dos discursos dos participantes “não deve ser extremamente vinculada ao texto ou à técnica, num formalismo excessivo, que prejudique a criatividade e a capacidade intuitiva do pesquisador, nem tão subjetiva, levando-se a impor as suas próprias ideias ou valores, no qual o texto passe a funcionar meramente como confirmador dessas”. (Campos, 2004:612)

De forma a garantir o anonimato dos entrevistados, tal como garantido a cada participante a nível oral e através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi atribuído a cada participante uma letra pelo qual será representado na análise de conteúdo e em todas as referências às respostas dadas.

Em consonância com os objetivos da investigação e respetivos referenciais teóricos e tal como Bardin (2006) propõe, a análise de conteúdo foi realizada em três fases principais:

1) Pré-análise; 2) Exploração do material e 3) Tratamento dos resultados.

Na pré-análise, fase de organização do material, foi efetuada a transcrição integral das entrevistas, seguida de uma “leitura flutuante” das mesmas, de forma a dar início à preparação do material (constituição do *corpus*) para, posterior categorização.



Numa segunda fase (exploração do material) procedeu-se à codificação em que os dados brutos foram agregados e organizados em unidades de registo, às quais lhe demos interpretação transformando-as em indicadores. Esses indicadores foram organizados em categorias e subcategorias. Na última etapa (tratamento dos resultados, inferência e interpretação) procedeu-se ao tratamento dos dados através de interpretações inferenciais, constituindo-se como o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica. (Bardin, 2006)

## **7. Apresentação dos Resultados**

Do total de dez participantes na investigação, todos são do género feminino e têm idades compreendidas entre os 38 e os 52 anos de idade. Em relação ao estado civil, a grande maioria (nove) são casadas. A nível das habilitações literárias, um dos entrevistados tem o 1.º ciclo do ensino básico, quatro participantes têm o 6.º ano de escolaridade, quatro terminaram o ensino secundário e uma tem licenciatura em Serviço Social.

Quanto à experiência profissional, a maioria trabalha na Instituição há cerca de três anos e oito dos participantes já tinham desenvolvido funções nesta área antes da entrada na Instituição.

Apesar de não constar do guião de entrevista nenhuma questão diretamente sobre situações de demência a nível familiar, foram vários os entrevistados que no decorrer da entrevista referiram que têm ou tiveram que prestar cuidados a familiares com esta patologia, a nível extra profissional.

Como forma de evitar repetições e facilitar a leitura dos resultados, os dados obtidos na investigação serão apresentados de forma separada, no ponto 7.1. serão abordados os resultados dos participantes com a categoria profissional de Ajudantes de Ação Direta<sup>5</sup>, enquanto o ponto 7.2. diz respeito às informações obtidas através da entrevista realizada à Diretora Técnica<sup>6</sup>.

---

<sup>5</sup> Consultar Apêndice V

<sup>6</sup> Consultar Apêndice VI

## 7.1. Ajudantes de Ação Direta

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Indicadores/Unidades de Registo</b>
<b>Caracterização da atividade profissional</b>	Horário de trabalho habitual	<ul style="list-style-type: none"> <li>Regime de trabalho em turnos rotativos</li> </ul>
	Atividades diárias na Instituição	<ul style="list-style-type: none"> <li>Todas as tarefas inerentes ao funcionamento diário da Instituição</li> </ul>
	Atividades que mais gosta de fazer	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contacto direto com os utentes</li> <li>Todas as tarefas</li> </ul>
	Atividades que exerce com maior dificuldade	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sem dificuldades</li> <li>Horário noturno</li> <li>Limpezas</li> </ul>
	Motivos da escolha da profissão	<ul style="list-style-type: none"> <li>Falta de outras ofertas de emprego</li> <li>Gosto pela profissão</li> </ul>
<b>Aspetos positivos e negativos da atividade profissional</b>	Momentos marcantes de forma positiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>Momentos de boa disposição</li> <li>Partilha de histórias pelos utentes</li> <li>Momentos de diversão</li> </ul>
	Momentos marcantes de forma negativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>Óbito de utentes</li> <li>Nada a apontar</li> </ul>
	Reconhecimento do trabalho pela comunidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reconhecimento pela comunidade</li> </ul>
	Consequência dos momentos menos positivos, a nível pessoal ou profissional	<ul style="list-style-type: none"> <li>Não influência dos episódios negativos</li> </ul>
<b>Conhecimentos / Competências para o cuidado de pessoas com demência</b>	Competências para trabalhar com idosos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atenção ao que é dito</li> <li>Paciência</li> <li>Carinho</li> <li>Gosto pela profissão</li> </ul>
	Facilidade na identificação de portadores de demência	<ul style="list-style-type: none"> <li>Resultado do contacto direto com os utentes</li> <li>Incoerências no discurso</li> <li>Facilidade de identificação</li> </ul>
	Conhecimentos sobre tipologias de demência	<ul style="list-style-type: none"> <li>Episódios de psicose</li> <li>Alzheimer</li> <li>Da idade</li> <li>Parkinson</li> </ul>

<b>Representações sobre demência</b>	Significado de “sofrer de demência”	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perda de memória</li> <li>• Dificuldade na identificação de familiares</li> <li>• Dificuldades</li> <li>• Alzheimer</li> <li>• Alienação</li> </ul>
	Momentos marcantes relacionados com portadores de demência	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Episódios de alucinações</li> <li>• Episódios de agitação</li> </ul>
	Formas de lidar com utentes com demência	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não contrariar</li> <li>• Falar com os utentes</li> <li>• Dar mimos</li> <li>• Dar atenção</li> <li>• Tratamento adequado à doença</li> </ul>
	Principais diferenças entre trabalhar com utentes com demência e utentes sem esta patologia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necessidade de explicar mais as coisas aos utentes com demência</li> <li>• Uteses com demência requerem outros cuidados</li> <li>• Necessidade de maior dedicação aos utentes com demência</li> <li>• Adaptação do discurso de acordo com a situação mental dos utentes</li> <li>• Preferência no cuidado a utentes com demência</li> </ul>
	Forma como os restantes utentes lidam com esta doença	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificuldades de aceitação por parte dos utentes sem demência</li> <li>• Falta de compreensão dos utentes sem demência</li> <li>• Episódios de ciúmes</li> </ul>
<b>Caracterização da Formação</b>	Formação anterior à entrada na Instituição	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nenhuma formação</li> <li>• Geriatria</li> <li>• Nenhuma formação</li> <li>• Animação Sócio cultural</li> </ul>
	Frequência de formações na Instituição	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nenhuma formação</li> <li>• Ações de formação com a Enfermeira da Instituição</li> </ul>
	Formações que considerou mais interessantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ações de formação com a Enfermeira da Instituição</li> </ul>
	Necessidades formativas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nenhuma necessidade formativa</li> </ul>

Quadro 3 – Análise de conteúdo das entrevistas aos Ajudantes de Ação Direta

## **Caracterização da atividade profissional**

Como se pode constatar no quadro 3, todos os Ajudantes de Ação Direta entrevistados trabalham por turnos e desempenham várias funções na Instituição, a nível da higiene dos utentes, limpeza das instalações, distribuição de refeições no domicílio, apoio na lavandaria e outras atividades necessárias.

“Higienes, apoio nas refeições, limpezas, acompanhamento a consultas, tudo um pouco” *(risos)*- EA

“De tudo. Limpezas, higiene, tudo. Aqui nenhuma tem trabalho fixo, temos que fazer de tudo um pouco.” *(de forma assertiva)*- EB

Com relação ao horário de trabalho estar organizado por turnos este foi considerado como uma mais-valia, já que permite evitar a monotonia relacionada com a rotinização das atividades a realizar em cada turno, tal como se pode constatar no discurso da entrevistada F:

“como os horários não são sempre os mesmos não fazemos sempre o mesmo”- EF

No que respeita às atividades mais satisfatórias, a maioria dos entrevistados referiu como preferidas aquelas que se relacionam com o cuidado direto aos utentes:

“tratar deles” *(um grande sorriso no rosto)*, “dar carinho, tratá-los bem” - EA

“Gosto de tratar dos idosos. Temos que fazer tudo, mas é o que gosto mais. *(faz uma pausa)* Venho para aqui com vontade, não me custa vir trabalhar.”- ED

Em relação às atividades em que sentem maiores dificuldades, todos os participantes referiram, sem hesitar, que gostam de todas as atividades da Instituição, mas que existem algumas menos prazerosas, como trabalhar no horário noturno, devido ao pouco tempo de descanso resultante da vida familiar:

“Nas noites descanso muito pouco. Com muita gente em casa durmo uma hora. Gosto de fazer à mesma *(apressa-se a responder)*”- EB

Outra dificuldade que emergiu das entrevistas realizadas relaciona-se com a necessidade da realização de atividades na área da limpeza das instalações e de apoio à cozinha, para além das funções de cuidar dos utentes:

“Não tenho dificuldade em coisa nenhuma. Se tivéssemos quem fizesse as limpezas e nós só cuidássemos deles era melhor, mas tem que ser.” - ED

“Cozinha.” (*diz com algum desanimo*) - EI

No que diz respeito ao motivo da escolha desta profissão, este prende-se, na maioria dos casos, com a inexistência de outras ofertas de trabalho. Contudo, os participantes revelaram que, apesar de algum receio inicial, gostam desse trabalho, tal como se pode constatar nos discursos que se seguem:

“Tirei o curso (Geriatría). Gostava e sempre gostei de trabalhar com idosos.” (orgulho) - EE

“Surgiu-me esta oportunidade e eu agarrei-a, nem hesitei.” (*diz com orgulho*) – EI

### **Aspetos positivos e negativos da atividade profissional**

Em relação à categoria “aspetos positivos e negativos da atividade profissional” emergiram as seguintes subcategorias: momentos marcantes de forma positiva, momentos marcantes de forma negativa, reconhecimento do trabalho pela comunidade, consequência dos momentos menos positivos, a nível pessoal ou profissional.

Quanto aos aspetos positivos relacionados com a atividade profissional as entrevistadas destacaram, na sua maioria, aspetos relacionados com a interação com os idosos:

“Os momentos engraçados que passamos com eles, há tanta coisa. (*pensa um pouco*) Uma vez uma senhora quis vir a pé mas tinha dificuldades, eu comecei a dançar e ela dançou também e eu achei aquilo muito giro” (*grande sorriso*)- EA

“A convivência com os velhotes, contarem as coisas de antigamente. Gosto muito de falar com eles, para a gente é importante e para eles também, que são quase todos da aldeia, que nos conhecem e é bom. O mais importante é estarmos sempre bem-dispostos, mesmo que

não tenhamos vontade. Gostam que lhe demos carinho, atenção, têm os filhos longe... (*de forma carinhosa*)” - EB

No que se refere aos aspetos negativos, emergem os fenómenos relacionados com a morte:

“a morte de um senhor que tinha que medir diabetes e insulina e essas coisas e ele ensinou a fazer insulina (...) e custou-nos a todos, foi muito de repente, acreditava muito no nosso trabalho” (*emociona-se*) - EA

Contudo nota-se a preocupação de desvalorizar os momentos negativos, como forma de superação.

“não podemos levar daqui coisas más, só coisas boas” - EB

“o que aqui acontece é o normal, é o dia-a-dia deles” - EG

Essa opção de recordar apenas os momentos bons é reforçada quando se tenta perceber a influência desses momentos a nível pessoal ou profissional, como é o caso da entrevistada A:

“acabamos por nos mentalizar que a vida é assim, a realidade é essa” (*de forma séria*).

A nível do reconhecimento da população da freguesia pelo trabalho desempenhado por esta Instituição e pelos seus colaboradores, todas as entrevistadas responderam afirmativamente:

“Sim sim!” (*com orgulho e sem hesitar*) – EC

“as pessoas gostam do que se faz aqui e de termos aqui o Lar” - EF

### **Conhecimentos/Competências para o cuidado de pessoas com demência**

No que se refere às competências necessárias para o trabalho com utentes com demência, sobressaem as competências humanas em detrimento das competências técnicas, tais como paciência, carinho e o gosto por esta profissão:

“Muita calma, paciência com eles, parar para os escutar e nunca os contrariar embora vejamos que eles estão fora de si, tentar que caiam na realidade” (*de forma carinhosa*) – EA

“Tem que se gostar daquilo que se faz e ter muita paciência para eles e gostar da convivência com eles, porque se não gostar não se consegue. E ter sentido de humor, para eles se rirem” – EF

“Muita paciência. Muito jeito para eles, saber lidar com cada um. São crianças grandes...” (*diz com carinho*) – EG

A importância das competências humanas no relacionamento com os utentes é novamente sublinhada quando a população entrevistada refere a atenção dada ao utente como a melhor forma de lidar com esta doença.

“Nunca os contrariar, parar para falar com eles e fazer com que eles vejam que já passou, que estão no lar com a gente e acalmá-los. Se estivermos a contrariá-los de uma certa maneira é pior para eles” – EA

“Falar com eles, assim pouco a pouco vão melhorando, conseguem ver as coisas de outra maneira. Porque mesmo com a medicação não tem solução” – EB

“É trata-los bem, falar com eles. Da doença mesmo não podemos fazer muito. Podemos dar-lhe mimos, ajudá-los a fazer o que não conseguem fazer” – ED

“Dar-lhe tranquilidade, não os chatear, não os aborrecer. Deixar o cérebro mais descansado, porque já está tão cansado” – EF

Para entender os conhecimentos das participantes sobre demência considerou-se importante perceber se seria fácil a identificação dos sinais e sintomas característicos de demência, ao que foi respondido pela maioria dos entrevistados que seria necessário um tempo considerável de contacto com o utente para detetar alterações, quer no discurso, quer no comportamento.

“Às vezes é difícil. Conhecendo as pessoas nós sabemos, mas se encontrarmos alguém e nos fizer uma conversa nós pensamos que é normal. Aqui conseguimos saber quem está em si ou não. Às vezes perguntam por pessoas que já não existem” – EA

“Teria que falar com eles primeiro um pouco. Com o tempo deveríamos ser capazes de ver logo. Com a conversa vê-se logo” (*de forma assertiva*)



“Há certos sinais que dão. Sem falar com eles se calhar não conseguia. Há dias em que não dizem nada certo, mas há outros que as conversas têm sentido” – EF

Relativamente aos tipos de demência, aquele mais facilmente reconhecido pela população entrevistada é a Doença de Alzheimer, sendo igualmente mencionada a perda de memória, que constitui um sintoma.

“A pessoa que não está bem. Está a falhar com a conversa. Tivemos aqui um senhor que depois de morrer a mulher estava sempre a vê-lo” – EA

“Alzheimer é o que anda aí mais... Quase todas as pessoas de idade apanham essa doença. Antigamente não era tanto” – EB

“Alzheimer, conhecemos bem” – ED

“Alzheimer, perda de memória, Parkinson” – EH

### **Representações sobre demência**

A nível do significado, para os participantes, de “sofrer de demência”, as respostas fornecidas passam maioritariamente pela relação com a perda de memória:

*(Pensa um pouco)* “é a doença deles esquecerem as coisas” - EA

“é a pessoa estar meio esquecida de um todo. Já nem sabem dizer quem são e quem são os filhos. Tudo depende dos dias... E o sitio e a idade também contam muito” -EB

“É a pessoa estar no mundo dele, o mundo só dele. Não sei explicar... ‘Tá alheia de tudo” - EF

“é o sentido que não está bom” – EI

No que concerne aos momentos passados com os utentes com demência, aqueles considerados marcantes pelas entrevistadas relacionam-se com episódios de alucinações e de agitação:

“Tá aqui uma senhora sempre a gritar pelos meninos, pensa que os netos estão com ela, até de noite” - EA

“Temos aqui uma senhora que se deitou, adormeceu, passado meia hora pediu p’ra se levantar, que tinha morrido um senhor e queria ir ao funeral” – ED

“Temos uma senhora que tem e gosto muito dela. Era minha vizinha. Ainda me conhece e sabe o meu nome...” *(diz com carinho)*

Quando é pedido à população entrevistada a identificação das principais diferenças entre “trabalhar” com utentes com demência e utentes sem esta patologia todos os participantes consideram mais desafiante o trabalho desenvolvido com os utentes com demência:

“Os que não têm é fácil, ‘né? Os que têm ocupam-nos sempre mais tempo, temos que nos dedicar mais” – EC

“Nota-se um bocadinho diferenças porque quem não tem é mais fácil falar com eles. (...) Fala-se de outra maneira, com outras conversas, fazem perguntas” – ED

“A maneira d’a gente lidar com eles. Uma pessoa de perfeito juízo a gente diz-lhe as coisas e percebe. Uma pessoa com demência temos que ter mais cuidado” - EG

A relação entre os utentes sem demência e com esta síndrome foi descrito pelos participantes no estudo como conflituosa, devido à falta de compreensão desta doenças e dos seus sintomas:

“Uns lidam melhor, que entendem que o outro não está bem e há outros que não entendem, porque se calhar também não estão bem. Às vezes há conflitos, perdem a paciência” *(diz de forma triste)*

“Mal! Porque estão sempre a implicar e não compreendem que a pessoa não está bem” *(diz com alguma irritação)*

“Muito mal. Muito muito mal. *(reforça)* Apesar de terem consciência de que eles não estão bem não têm paciência nenhuma” – EG

### **Caracterização da formação**

Em relação à frequência de formações realizadas pela Instituição, duas entrevistadas não participaram em nenhuma formação e quatro referiram as ações de formação realizadas pela Enfermeira da Instituição:

“Tivemos uma pequena formação com a Enfermeira (...), de cuidados de saúde” – EG

“A Enfermeira também nos deu uma formação sobre lidar com eles e fazer as camas” – EH

“Gostei dessa (com a Enfermeira). Ainda estamos a aprender, todos os dias aprendemos coisas” – EA

“Geriatría” (*sem hesitar*) – ED

Relativamente às necessidades formativas, a falta de tempo, em horário laboral e pós-laboral, assume-se com o principal entrave para a realização de formação:

“Se tivesse tempo até gostava, mas estamos tão ocupadas...” - EH

## **7.2. Diretora Técnica**

A Diretora Técnica da Instituição desempenha esse cargo desde 2008, participou ativamente no processo da criação de uma Estrutura Residencial para Pessoas Idosas, em funcionamento atualmente, é licenciada em Serviço Social e antes de desempenhar funções nesta Instituição foi cuidadora informal da mãe, doente oncológica e com Demência.

### **Caracterização dos utentes da Instituição**

O grupo de utentes da Estrutura Residencial para Pessoas Idosas da Instituição selecionada é maioritariamente constituído por utentes com um grau de dependência elevado, com apenas dois utentes autónomos num universo de 30 utentes:

“Temos dois utentes autónomos, dois utentes totalmente dependentes (acamados) e cinco utentes em cadeira de rodas. Exceto os dois utentes autónomos, todos os utentes (total de trinta utentes) necessitam de apoio das atividades de vida diária”

Em relação ao reconhecimento dos utentes da Instituição acerca do trabalho desenvolvido pelos colaboradores, segundo a Diretora Técnica a resposta é positiva:

“Acho que sim. Às vezes até comentam que trabalham muito”

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Indicadores/Unidades de Registo</b>
<b>Caracterização dos utentes da Instituição</b>	Grau de Dependência	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uteses com grau elevado de dependência</li> </ul>
<b>Aspetos positivos e negativos da atividade profissional</b>	Reconhecimento do trabalho pelos utentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconhecimento pelos utentes</li> </ul>
	Aspectos positivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconhecimento</li> </ul>
	Aspectos negativos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esforço</li> </ul>
	Consequência dos aspectos menos positivos no desempenho dos colaboradores da Instituição	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desvalorização dos aspetos negativos</li> </ul>
	Motivação dos colaboradores	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brio profissional</li> </ul>
<b>Representações sobre demência</b>	Conhecimentos dos colaboradores sobre demência	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecimentos suficientes</li> </ul>
	Medidas para proporcionar informação aos colaboradores	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transmissão de conhecimentos</li> </ul>
	Forma como os colaboradores lidam com esta doença	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compreensão</li> </ul>
	Forma como os utentes sem demência lidam com esta doença	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de paciência</li> </ul>
<b>Caracterização da Formação</b>	Formações realizadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primeiros socorros</li> <li>• Demência</li> </ul>
	Necessidade de outras formações	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não se verifica necessidade</li> </ul>

Quadro 4 - Análise de conteúdo da entrevista aplicada à Diretora Técnica

### **Aspetos positivos e negativos da atividade profissional**

Nesta categoria foram incluídas as subcategorias aspetos positivos e negativos do trabalho desenvolvido pelos Ajudantes de Ação Direta, de que forma estes lidam os aspectos menos positivos e a motivação destes profissionais.

Em relação aos aspetos positivos e negativos das funções desempenhadas pelos Ajudantes de Ação Direta a entrevistada destaca como ponto positivo:

“O trabalho com os utentes e ver o reconhecimento deles”

Como aspecto negativo, a entrevistada destaca:

“O tipo de trabalho que fazem, de muito esforço”

É ainda referido que, quando confrontados com os aspectos negativos desta prática, os Ajudantes de Ação Direta:

“Tentam tirar o lado positivo das coisas”

Quando questionada sobre a motivação dos colaboradores, não hesita em responder que sim, de forma veemente:

“Têm brio profissional e são boas profissionais”

### **Representações sobre demência**

Nesta categoria as questões foram divididas em quatro subcategorias, nomeadamente conhecimentos dos Ajudantes de Ação Direta sobre demência, as medidas desenvolvidas pela Instituição para proporcionar a esses profissionais maiores conhecimentos sobre a doença e forma como os profissionais e os restantes utentes lidam com esta patologia.

No que diz respeito às representações sobre demência, a entrevistada considera que os Ajudantes de Ação Direta estão devidamente informados sobre esta patologia:

“Eu acho que sim. Apesar de não terem formação nessa área conseguem lidar bem com isso”

Os conhecimentos transmitidos aos colaboradores da Instituição, em relação a esta problemática, são da responsabilidade da Diretora Técnica e da Enfermeira da Instituição:

“Eu e a Enfermeira falamos muito com eles, tentamos fazê-los compreender”

Segundo a entrevistada os Ajudantes de Ação Direta lidam bem com esta patologia:

“São bastante compreensivas, a experiência acaba por dar isso”

O mesmo não acontece em relação aos restantes utentes:

“Não compreendem, zangam-se”

Na Instituição seleccionada as formações aos colaboradores são ministradas pela Enfermeira contratada, o que se revela suficiente, segundo a Diretora Técnica, ao garantir que não sente necessidade de ministrar formação noutras áreas não abordadas até ao momento.

“A Enfermeira ministra algumas formações, como primeiros socorros, demência.”

## **8. Discussão dos Resultados**

No próximo ponto será apresentada a discussão dos resultados obtidos através das entrevistas, a qual tem “como objetivo interpretar os resultados com relação aos achados encontrados no estudo e explicar nosso novo entendimento sobre o assunto com base nos novos resultados.” (Guia Académico, 2016) Esta discussão será baseada nos dados recolhidos nas entrevistas semiestruturadas aplicadas ao grupo constituído pelos Ajudantes de Ação Direta e à Diretora Técnica, fazendo-se ao mesmo tempo a relação entre as respostas de ambos os grupos.

Na categoria de questões relacionadas com a caracterização da atividade profissional, todos os participantes do primeiro grupo indicaram que o horário de trabalho está organizado em regime de turnos rotativos, o que se revela positivo, uma vez que permite a realização de várias atividades, tanto aquelas que despertam um maior interesse nos colaboradores, o cuidado direto com o idoso, como aquelas em que se sentem maiores dificuldades, como o trabalho em horário noturno ou as tarefas da cozinha. As respostas fornecidas coincidem com as respostas da Diretora Técnica da Instituição, que apontou como atividades preferidas o trabalho direto com os utentes e ver o reconhecimento destes. Contudo, foi dito também pela Diretora Técnica que a atividade mais difícil é o trabalho de esforço, resposta que não foi dada por nenhum participante do primeiro grupo, o que se revela curioso, visto que o grau de dependência dos utentes na resposta social Estrutura Residencial para Pessoas Idosas é elevado, segundo as informações fornecidas pela Diretora Técnica, em que a maioria dos utentes necessita de apoio permanente nas atividades quotidianas, o que implica um esforço diário dos colaboradores, mas que, aparentemente, não é considerado por estes como difícil. A resposta fornecida pela Diretora Técnica vai de encontro ao estudo realizado por Pereira e Marques (2014), que apuraram que após a prestação de cuidados aos utentes as cuidadoras formais apresentavam cansaço físico e psicológico.

Em relação a estas atividades menos prazerosas, foram indicadas algumas, mas foi unânime a resposta de que todas as atividades na Instituição são necessárias e que a habituação leva a uma menor dificuldade na realização das mesmas, o que revela que os colaboradores estão motivados para o trabalho e compreendem que é

necessário um trabalho em equipa para a Instituição desenvolver a sua atividade. Esta ideia vai de encontro às informações fornecidas pela Diretora Técnica, que considera que as colaboradoras estão motivadas para o trabalho, “têm brio profissional e são boas profissionais”. Esta motivação para o trabalho é ainda reconhecida pela comunidade em que se insere a Instituição, segundo os profissionais inquiridos, que referiram, sem hesitações, que a população da freguesia reconhece a importância do trabalho desenvolvido pela Instituição e colaboradores no âmbito do apoio à população idosa, ideia que é reforçada pela Diretora Técnica.

Ainda na área da caracterização profissional, foi revelado pelos participantes do primeiro grupo que os motivos que levaram à escolha desta profissão passaram, numa primeira fase, pela reduzida oferta de emprego na freguesia, mas que após a entrada na Instituição gostaram desta atividade e não ponderaram a saída, devido à proximidade do local de residência e, principalmente, porque gostam de trabalhar com esta faixa etária.

No que diz respeito a episódios marcantes no decorrer do desempenho profissional, a nível positivo, o grupo de cuidadores destaca os momentos passados com os utentes, a partilha de histórias e conhecimentos, as brincadeiras, a boa disposição que tentam passar aos utentes. Quanto a momentos menos positivos, é apontado pelos entrevistados do grupo 1 o óbito dos utentes, devido à relação de proximidade que se cria no decorrer da prestação do apoio entre cuidador e utente, contudo estas situações acabam por ser desvalorizadas e consideradas como um aspecto natural e inevitável, sendo necessário focalizar apenas os episódios positivos deste trabalho, opinião referida igualmente pela Diretora Técnica que considera que os Ajudantes de Ação Direta, perante situações negativas, tentam visualizar os aspectos positivos desta prática profissional.

Relativamente às questões focalizadas nos conhecimentos e competências para o cuidado de pessoas com demência, os participantes do primeiro grupo sublinham sintomas relacionados com esta patologia, como perdas de memória e dificuldade em reconhecer os familiares e pessoas de referência, contudo em nenhuma das entrevistas realizadas foi fornecida uma definição desta doença. No decorrer da entrevista os participantes relataram momentos marcantes relacionados com utentes portadores de demência, em que foram referidos episódios de desorientação e



alucinações. Quanto ao conhecimento acerca dos tipos de demência, a maioria dos entrevistados identificam a Doença de Alzheimer e um dos participantes refere Parkinson, enquanto dois mencionam apenas a perda de memória. Foi ainda referido pelos participantes do grupo 1 que é fácil a identificação dos sinais e sintomas desta doença, através da perceção de incoerências no discurso e no comportamento do utente. Os dados recolhidos revelam que a relação diária com utentes portadores desta patologia traz algumas informações mas que estas se revelam insuficientes em termos do conhecimento da doença em si. Estas conclusões vão de encontro ao estudo de Folle (2012), que indica que “a doença, de uma forma geral, é uma experiência que ultrapassa o âmbito médico e científico e que os conhecimentos relacionados são formados por todos os que são forçados a se posicionar a seu respeito.” (2012:96)

Ainda no âmbito das representações dos Ajudantes de Ação Direta sobre demência foram indicados pela grande maioria dos inquiridos como ferramentas essenciais para o trabalho desenvolvido os comportamentos humanistas e competências relacionais, a nível da atenção dada a estes utentes e a manutenção de um ambiente tranquilo. Estas respostas vão de encontro aos resultados do estudo realizado por Folle (2012), no qual os cuidadores de idosos indicaram como a melhor forma de lidar com esta doença a paciência e a experiência. (2012:70) Também Monteiro e colegas (2014) indicam a motivação para a atividade desenvolvida como fator preventivo de *burnout* e relacionam a pouca empatia dos cuidadores com uma maior exaustão e despersonalização do cuidado, fatores que têm uma influência negativa no cuidado prestado ao utente. (Monteiro *et al*, 2014:9)

Os participantes neste estudo abordaram ainda as principais diferenças entre o trabalho com utentes com demência e utentes sem esta síndrome, sendo referido que existem muitas diferenças e que passam, sobretudo, pela atenção e cuidados específicos que requerem os utentes com demência, tal como o apoio nas tarefas do quotidiano e uma maior vigilância, pela dificuldade a nível do relacionamento, devido a episódios de agitação e desorientação espacial e temporal.

No que concerne à forma como os restantes utentes lidam com esta doença é unânime a convicção de que não lidam da melhor forma, pela falta de paciência e compreensão do que significa sofrer desta patologia e que leva a situações

conflituosas, ideia corroborada pela Diretora Técnica que afirma que estes não compreendem e zangam-se com os utentes portadores desta patologia.

Relativamente à caracterização da formação, têm sido ministradas pela Enfermeira da Instituição algumas formações, na área da demência, primeiros socorros e esta tenta elucidar, sempre que possível, os colaboradores sobre situações e boas práticas relacionadas com as funções a desempenhar, como garante a Diretora Técnica. Questionados acerca do interesse em frequentar outras ações de formação, quatro dos entrevistados revelaram que não sentem essa necessidade por consideraram que a experiência lhes fornece as ferramentas necessárias, enquanto cinco das participantes têm interesse em formação, contudo a falta de tempo é apontada como o principal entrave. Já a Diretora Técnica considera que, apesar de constituir uma mais-valia a aprendizagem sobre temáticas relacionadas com esta profissão, a falta de tempo dos colaboradores durante o horário laboral e em horário pós-laboral, devido ao cargo de cuidadora informal que algumas colaboradoras desempenham a nível extra profissional, dificulta a programação de mais ações de formação. A necessidade de formar os cuidadores para o trabalho é reforçada por Pereira e Marques (2014), que garantem que as atividades desenvolvidas pelos cuidadores formais requerem conhecimento, formação e aptidão física e competências comunicacionais, recorrendo a Lage (2007) para corroborar a ideia de que “a prestação de cuidados ao idoso institucionalizado exige tempo e dedicação, requerendo, por parte do cuidador, formação para poderem prestar cuidados de qualidade e minimizar a sobrecarga física, psicológica e profissional daí decorrente”. (Lage, 2007 cit. por Pereira & Marques, 2014:137)

Analisando, de uma forma geral, os dados obtidos através das dez entrevistas realizadas, verificamos que as respostas fornecidas pelos Ajudantes de Ação Direta e pela Diretora Técnica desta Instituição coincidem, o que sugere a honestidade das respostas e uma relação profissional satisfatória entre categorias profissionais.

Foi ainda possível conhecer as representações sociais dos Ajudantes de Ação Direta sobre demência, objetivo principal desta investigação e que passam pelo diminuto conhecimento do conceito de demência, das suas tipologias e das formas de atuação perante situações de agressividade e desorientação, resumindo-se esse conhecimento à sintomatologia mais comum de demência, como a perda de memória

e incoerências no discurso, resultante do contacto direto com utentes portadores desta doença. O fato dos conhecimentos socialmente construídos, orientadores parciais de comportamentos sociais destes participantes partirem de experiências práticas, resultantes do contacto diário com utentes com demência revela-se importante. Contudo, apesar da justificação anterior para a necessidade de maior informação por parte destes profissionais, importa salientar que estes cuidadores se encontram motivados para o trabalho com o idoso, que entendem como competências imprescindíveis para o desempenho destas funções a paciência, o carinho, a atenção às necessidades individuais dos utentes e o gosto por esta atividade profissional, o que se apresenta como fundamental para a prestação de cuidados com qualidade. Se a isto adicionarmos uma base teórica, um conjunto de conhecimentos fundamentais para o entendimento desta doença, teremos cuidadores completos, a nível das competências relacionais e técnicas.

Com base nos objetivos específicos da investigação, que passam por proporcionar aos cuidadores formais de idosos mais informações sobre demência, podemos referir que é importante dotar estes colaboradores de um maior conhecimento, capacitando-os para uma resposta mais eficaz às necessidades dos utentes com esta patologia, de acordo com as características de cada tipologia de demência, algumas abrangentes a todos os tipos desta doença e outros mais específicos, como por exemplo o comportamento a manter perante um quadro de agitação, desorientação e psicose. Estes resultados coadunam-se com os dados obtidos por Gonçalves (2013), onde os cuidadores formais inquiridos sublinhavam a necessidade de formação, de forma a conhecer as melhores formas de agir e atuar, através de um maior conhecimento da doença.

### **Parte III – Proposta de Projeto de Intervenção**

## **9. Fundamentação do Projeto**

No decorrer da presente investigação foi diagnosticado, através do recurso a entrevistas semiestruturadas, o reduzido conhecimento dos Ajudantes de Ação Direta participantes no estudo sobre a demência, enquanto conceito nosológico, e as formas de atuação perante situações de agressividade e desorientação, resumindo-se esse conhecimento à sintomatologia mais comum de demência, resultante do contacto direto com utentes portadores desta doença. Pelo que se apresenta a seguinte proposta de projeto de intervenção, com vista a minimizar ou atenuar esses problemas.

Importa explicar o conceito de projeto de intervenção, que consiste num conjunto de atividades coordenadas entre si, que combinam recursos humanos, materiais, financeiros e técnicos de forma a atingir um determinado objetivo ou resultado, dentro de um determinado período de tempo. (Ander-Egg & Idáñez, 2005:18)

Ainda de acordo com Ander-Egg e Idáñez (2005), a conceção de um projeto de intervenção resulta da necessidade de dar resposta a uma ou várias problemáticas, pelo que é necessário que sejam explícitas as razões do projeto (fundamentação), a sua finalidade, os objetivos, os seus beneficiários diretos e indiretos, quais os produtos resultantes do projeto, as ações a desenvolver para atingir os objetivos, os recursos necessários, a calendarização das atividades, o responsável pela execução do projeto e, ainda, as ferramentas de avaliação. (2005:20-21)

Os pontos estruturantes de um projeto de intervenção foram resumidos no quadro 5, baseado na obra de Ander-Egg e Idáñez (2005), em que se apresentam as dez perguntas básicas que temos que fazer ao idealizar um projeto. (2005:24)

O quê?	Natureza do Projeto
Porquê?	Origem e Fundamentação
Para quê?	Objetivos
Quanto?	Metas
Onde?	Localização Física
Como?	Atividades
Quando?	Calendarização
Para quem?	Destinatários ou Beneficiários
Quem?	Recursos Humanos
Com o quê?	Recursos Materiais e Financeiros

Quadro 5 – Dez questões orientadoras de um Projeto de Intervenção (Fonte: Ander-Egg & Idáñez, 2005:24)

As respostas a estas questões, que servem para descrever e justificar o projeto, serão apresentadas de seguida:

- Denominação do Projeto: Conhecer para melhor cuidar
- Natureza do Projeto: pretende-se a realização de um curso de formação na área da demência, com a duração de 25 horas;
- Fundamentação: ao longo da investigação realizada, a qual tinha como principal objetivo conhecer as representações sociais dos cuidadores formais de idosos sobre demência, foi diagnosticado o reduzido conhecimento destes sobre o conceito, as suas tipologias e as formas de atuação perante situações de agressividade e desorientação, resumindo-se esse conhecimento à sintomatologia mais comum de demência, como a perda de memória e incoerências no discurso, conhecimento resultante do contacto direto com utentes portadores desta doença;
- Objetivos: dotar os cuidadores formais de um maior leque de informações sobre demência, com o intuito de melhorar os serviços prestados;

- Metas: devido ao carácter qualitativo da investigação as metas do projeto não serão a nível da quantificação mas a nível do enriquecimento pessoal e profissional dos cuidadores participantes na investigação, através de um maior conhecimento sobre demência e uma maior reflexão sobre o que significa sofrer desta doença;
- Local: nas instalações da Instituição onde os cuidadores participantes na investigação prestam serviços;
- Atividades: ações de informação, sensibilização, partilha de dúvidas e experiências, englobadas num curso de formação;
- Calendarização: durante o mês de setembro de 2017;
- Beneficiários: a nível direto, os Ajudantes de Ação Direta da Instituição participante na investigação, a nível indireto os utentes desta Instituição;
- Recursos humanos: participantes na investigação e a formadora;
- Recursos materiais e financeiros: local para a realização das sessões, cadeiras e secretárias, canetas e papel, portátil e videoprojector.

## **10. Objetivos**

No seguimento da investigação realizada, cujo principal objetivo passava por conhecer as representações sociais dos cuidadores formais de idosos sobre demência, foram detetadas situações a corrigir, pelo que é necessário, nesta fase, estabelecer o objetivo principal e os objetivos específicos que se pretendem atingir através do projeto de intervenção «conhecer para melhor cuidar».

Assume-se como objetivo principal deste projeto de intervenção fornecer aos cuidadores formais de idosos, participantes na investigação, um maior leque de informações sobre demência.

Como objetivos específicos pretende-se o enriquecimento pessoal e profissional dos cuidadores formais, a melhoria nos serviços prestados e uma maior reflexão sobre o que significa sofrer desta doença.



## 11. Público-alvo

Ao delinear um projeto de intervenção é fundamental que tenhamos presente, para além de outros aspetos estruturantes, a quem se destina o projeto, quem “serão os beneficiários imediatos (os diretamente favorecidos pela consecução dos objetivos e metas ou efeitos do projeto) e quem serão os beneficiários finais ou indiretos.”<sup>7</sup> (Ander-Egg & Idñez, 2005:40)

No caso deste projeto, os beneficiários diretos serão os colaboradores da Instituição participante na investigação, com a categoria profissional Ajudantes de Ação Direta, no sentido em que serão estes os principais destinatários do curso de formação, aqueles de quem se espera um maior conhecimento sobre demência e uma reflexão do que significa sofrer desta patologia, de forma que as decisões tomadas diariamente no decorrer da atividade profissional que poderão ter impacto direto na saúde e bem-estar do utente sejam conscientes, baseadas num quadro de conhecimentos teóricos.

A nível indireto, serão os utentes da Instituição participante na investigação que beneficiarão da realização do projeto, já que, um maior conhecimento dos colaboradores sobre demência, a nível dos sintomas, tipos de demência, as suas características e formas de atuação perante episódios de psicose resulta numa prestação de serviços de maior qualidade e eficácia.

---

<sup>7</sup> Versão original: “Se trata de identificar quiénes serán los beneficiarios inmediatos (los directamente favorecidos por la consecución de los objetivos y metas o efectos del proyecto) y quiénes serán los beneficiarios finales o indirectos.”

## **12. Recursos Humanos, Materiais e Financeiros**

Como afirmam Ander-Egg e Idáñez (2005), “todo o projeto requer para a sua realização uma série de recursos (bens, meios, serviços, etc.) para obter o produto e alcançar o objetivo imediato”<sup>8</sup> (2005:51)

A nível dos recursos humanos, é necessário contar com pessoas adequadas e capacitadas para realizar as tarefas previstas e estipular os critérios de seleção, como as qualificações requeridas e as funções a desempenhar. (Ander-Egg & Idáñez, 2005:52)

Neste projeto os recursos humanos serão compostos pelos participantes na investigação, nove Ajudantes de Ação Direta, todos do género feminino, com idades compreendidas entre os 38 e os 52 anos de idade. Em relação ao estado civil, a grande maioria (oito) são casadas. A nível das habilitações literárias, um dos entrevistados tem o 1.º ciclo do ensino básico, quatro participantes têm o 6.º ano de escolaridade e quatro terminaram o ensino secundário.

Quanto à experiência profissional, a maioria trabalha na Instituição há cerca de três anos e sete dos participantes já tinham desenvolvido funções nesta área antes da entrada na Instituição.

Uma peça fundamental em termos de recursos humanos, e sem a qual não será possível atingir os objetivos e metas delineados, é a formadora, responsável por ministrar o curso de formação e que terá a responsabilidade de dotar os participantes de ferramentas para a melhoria dos serviços prestados, através de um maior conhecimento a nível dos sintomas, tipos de demência, as suas características e formas de atuação perante episódios de psicose. A formadora terá ainda a seu cargo o esclarecimento de questões por parte dos participantes ao longo das sessões, num ambiente que se espera ser de partilha de experiências na área do cuidado ao idoso.

No que diz respeito aos recursos materiais necessários para a realização do projeto de intervenção, o curso de formação será ministrado nas instalações da Instituição participante na investigação, numa sala de reuniões adaptada para este efeito e serão

---

<sup>8</sup> Versão original: "Todo proyecto requiere para su realización una serie de recursos (bienes, medios, servicios, etc.) para obtener el producto y lograr el objetivo inmediato."

necessários equipamentos a nível de cadeiras e secretárias, canetas e papel, portátil e videoprojector.

Em termos de financiamento, será estabelecida uma parceria com o Instituto de Emprego e Formação Profissional, um serviço público de emprego nacional que tem como um dos objetivos “a realização, por si ou em colaboração com outras entidades, das ações de formação profissional adequadas às necessidades das pessoas e de modernização e desenvolvimento do tecido económico”, através do qual serão reduzidos os encargos financeiros por parte da Instituição e será possível a atribuição de certificados de formação aos participantes. (Instituto do Emprego e Formação Profissional, s.d.)

### 13. Cronograma

Atividades	Data/Local	Objetivos	Recursos Humanos	Recursos Materiais
Seleção da temática da Tese de Mestrado	Julho de 2016 Beja	Selecionar o tema a ser desenvolvido na Tese de Mestrado; Reconhecer a importância da temática que será desenvolvida		
Escolha/atribuição da Orientadora da Tese de Mestrado	Julho de 2016 Beja	Sugerir o nome de um docente para desempenhar a função de Orientador da Tese de Mestrado; Atribuição do(a) Orientador(a) mais adequado(a) para prestar apoio à conceção da Tese de Mestrado		
Tutoria com a Orientadora	Setembro de 2016 Beja	Selecionar os pontos-chave da Tese; Definir a linha de ação da investigação a realizar; Selecionar os instrumentos a utilizar na investigação, de acordo com os objetivos		
Tutoria com a Orientadora	Novembro de 2016 Beja	Analisar o material reunido à data; Responder a várias questões relacionadas com a Tese		
Tutoria com a Orientadora	Dezembro de 2016 Beja	Analisar o material reunido à data; Responder a várias questões relacionadas com a Tese		
Aplicação Entrevistas Semiestruturadas aos Participantes	Fevereiro de 2017 Instituição do concelho de Moura	Conhecer as representações sociais dos Ajudantes de Ação Direta sobre demência	Investigadora; Ajudantes Ação Direta	Sala de reuniões na Instituição; Cadeiras; Secretária; Papel e caneta; Gravador
Realização de Curso de Formação	Setembro 2017 Instalações da Instituição	Dotar os cuidadores formais de um maior leque de informações sobre demência, com o intuito de melhorar os serviços prestados	Ajudantes de Ação Direta; Formadora	Sala de reuniões na Instituição; Cadeiras; Secretárias; Papel e canetas; Portátil; Videoprojetor

Quadro 6 – Cronograma do Projeto de Intervenção

## 14. Avaliação

Nos pontos anteriores abordaram-se os vários procedimentos a ter em conta para a conceção e realização de um projeto de intervenção, os quais se encontram sistematizados no quadro 7.

<b>Esquema Geral para o Desenho de um Projeto</b>	
1. Denominação do projeto	
2. Natureza do projeto	
a) Descrição	
b) Fundamentação ou justificação	
c) Marco institucional	
d) Finalidade	
e) Objetivos	
f) Metas	
g) Beneficiários	
h) Produtos	
i) Localização física e cobertura espacial	
3. Especificação operacional das atividades e tarefas a realizar	
4. Métodos e técnicas a utilizar	
5. Determinação dos prazos ou calendário de atividades	
6. Determinação dos recursos necessários	
• Humanos	
• Materiais	
• Técnicos	
• Financeiros	
7. Cálculo dos custos de execução	
8. Estrutura organizativa e de gestão	
9. Indicadores de avaliação	
10. Fatores externos condicionantes ou pré-requisitos para o sucesso dos efeitos e impacto do projeto	

Quadro 7 – Esquema geral para o desenho de investigação (Fonte: Ander-Egg e Idáñez, 2005:73)

Neste ponto será abordada a avaliação do projeto de intervenção, a fase final da elaboração de um projeto.

A avaliação apresenta-se como uma etapa transversal a várias dimensões, na área do trabalho, com a avaliação de desempenho, na área da educação, com a avaliação de conhecimentos, e na saúde, com a avaliação de serviços. Na área da investigação em ciências sociais a avaliação assume uma componente mais prática, diretamente relacionada com a apreciação “dos resultados de um programa/projeto face ao objetivo de solução de determinados problemas”. (Monteiro, 1996:138)

O conceito de avaliação pode ser definido, segundo Stufflebeam e outros autores (1971), como “o processo de identificar, obter e proporcionar informação útil e descritiva acerca do valor e mérito das metas (...) com o fim de servir de guia para a tomada de decisões e promover a compreensão dos fenómenos”. Já Kosecoff e Fink (1982) definem esta etapa como “um conjunto de procedimentos para julgar os méritos de um programa e fornecer uma informação sobre os seus fins, as suas expectativas, os seus resultados previstos e imprevistos e o seu impacto”. (Stufflebeam *et al*, 1971; Kosecoff & Fink, 1982, cit. por Monteiro, 1996:138)

A avaliação pode ser utilizada de várias formas, que varia de acordo com o investigador e o tipo de estudo. Um desses tipos de prática avaliativa é aquela aplicada no início de um programa de intervenção, a denominada avaliação ex-ante (Aguillar & Ander-Egg, 1992), “igualmente designada por avaliação diagnóstico (Beaudoin *et al*, 1986), caracterizada pelo “inventário das necessidades, dos beneficiários e dos recursos disponíveis” e com uma dimensão essencialmente descritiva, de planificação. (Aguillar & Ander-Egg, 1992:27-28; Beaudoin *et al*, 1986:193-198, cit. por Monteiro, 1996:142)

Pelo citado, pode-se dizer que a conceção do presente projeto de intervenção é baseada no modelo de avaliação ex-ante ou avaliação diagnóstica, uma vez que resulta de uma fundamentação da problemática observada no diagnóstico, apresenta os objetivos e metas a alcançar através das atividades programadas de acordo com um período temporal, os recursos humanos, materiais e financeiros necessários e define os destinatários diretos e indiretos.

No âmbito deste projeto de intervenção, denominado «conhecer para melhor cuidar», importa abordar um outro tipo de método avaliativo, a avaliação formativa (Beaudoin *et al*, 1986), a qual ocorre durante o desenrolar do projeto, “interessando-se não só pela eficácia e eficiência do mesmo, mas igualmente pela metodologia desenvolvida” e que valoriza a “formação de competências”, procurando que “os resultados e conclusões obtidos sejam integrados na ação e que contribuam para a melhoria da eficácia e competência dos atores envolvidos”. (Beaudoin *et al*, 1986:198-203, cit. por Monteiro, 1996:142) Este tipo de avaliação assume especial destaque por ir de encontro aos objetivos deste projeto de intervenção, nomeadamente fornecer aos cuidadores formais um maior leque de informações sobre demência para fomentar o seu enriquecimento pessoal e profissional.

Outro tipo de prática avaliativa é a avaliação ex-post (Aguillar & Ander-Egg, 1992) ou retrospectiva (O’Cinneide, 1992), a qual é aplicada no fim de um programa ou após a sua conclusão e tem como objetivo “estabelecer se uma ação produziu os resultados ou efeitos esperados.” (Aguillar & Ander-Egg, 1992:29; O’Cinneide, 1992:23-24, cit. por Monteiro, 1996:142)

Na apresentação inicial deste projeto de intervenção foi indicado que as metas definidas, por se tratar de uma investigação qualitativa, passavam pelo enriquecimento pessoal e profissional dos cuidadores formais participantes na investigação, através de um maior conhecimento sobre demência e por uma maior reflexão sobre o que significa sofrer desta doença. Nesse sentido, importa referir a avaliação qualitativa, um método que privilegia “uma comunicação real entre o avaliador e os atores, que participam conjuntamente tanto na ação como na avaliação”. (Pourtois *et al*, 1984:149-152, cit. por Monteiro, 1996:144)

Na avaliação qualitativa os destinatários diretos são chamados a participar no processo de avaliação, através de uma dinâmica de auto-avaliação, “uma reflexão organizada no seio da equipa. (Girardot, 1992:3, cit. por Monteiro, 1996:145) Nesse sentido foi criado um quadro de auto-avaliação<sup>9</sup> do curso de formação, a preencher pelos participantes e que pretende avaliar o grau de interesse em relação às informações fornecidas, o grau de influência que este curso poderá ter a nível do

---

<sup>9</sup> Consultar Apêndice VII

desempenho profissional e do enriquecimento pessoal e ainda apurar as diferenças entre o grau de conhecimentos dos participantes sobre demência antes e após a realização do curso.

Uma vez que a atividade proposta no Projeto de Intervenção, o curso de formação, não foi realizada até ao momento não será possível apresentar a avaliação desta atividade.



## **Síntese Conclusiva**

A atual conjuntura demográfica, na qual se verifica um aumento progressivo do envelhecimento e da esperança média de vida, aliada ao crescente número de idosos com problemas de saúde mental, levanta questões que devem impulsionar a reflexão sobre as medidas a tomar para proporcionar aos gerontes um envelhecimento digno.

As perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental, causadores “de incapacidade, e uma das principais causas de morbilidade, nas sociedades atuais” (Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, 2007 cit. por Nunes, 2009:35) serviram de mote para a investigação realizada, onde se pretendia identificar as representações sociais dos cuidadores formais sobre demência e perceber a forma como estes vivenciam o trabalho com utentes com esta problemática.

Os resultados obtidos na investigação evidenciam que os Ajudantes de Ação Direta inquiridos estão motivados para a atividade profissional que desenvolvem e entendem a necessidade de um trabalho em equipa para a satisfação das necessidades dos utentes. O reconhecimento dos utentes e da comunidade pelo trabalho desenvolvido e a partilha de histórias e conhecimentos com os gerontes são apontados como os principais benefícios desta profissão, que superam os acontecimentos menos positivos.

Em relação aos conhecimentos acerca de demência, enquanto entidade nosológica, os participantes demonstraram um conhecimento reduzido a nível da forma de atuação perante situações de agressividade e desorientação do utente e do quadro sintomatológico desta síndrome, aspectos que são colmatados pelos comportamentos humanistas destes profissionais e a importância atribuída às competências relacionais na prestação de cuidados aos utentes.

Estas competências aliadas a uma maior formação e capacitação destes profissionais, através do projeto de intervenção «conhecer para melhor cuidar», onde se pretende fornecer aos participantes no estudo um maior leque de informações sobre demência, resultam em cuidadores completos, a nível técnico e humanista, o que se desejaria em todas as instituições de apoio.

No que diz respeito às limitações detetadas ao longo da presente dissertação, estas prendem-se com a pouca oferta de investigações realizadas a nível da relação entre cuidadores formais e demência, sendo que a maioria dos trabalhos académicos é direcionada para o trabalho desenvolvido pelos cuidadores informais. Na maioria dos estudos relacionados com cuidadores formais o tema abordado diz respeito ao cansaço físico e psicológico resultante da atividade profissional.

Um fator a ter em conta nos próximos estudos na área das representações sociais dos cuidadores formais de idosos é a dimensão da amostra, que neste caso não pode ser considerada representativa. A seleção de um maior número de participantes poderá ser útil para a inserção de outras variáveis no estudo, tais como comparações entre representações de acordo com as faixas etárias dos participantes ou com o tempo de exercício de funções.

Outra limitação deste estudo prende-se com a não realização, até ao momento, da atividade proposta no Projeto de Intervenção.

## Referências Bibliográficas

- Alexandre, M. (2004). Representação Social: Uma Genealogia do Conceito. *Comum – Rio de Janeiro*, v.10, n.º 23, p.122-138.
- Ander-Egg, E. & Idáñez, M. (2005). *Cómo Elaborar un Proyecto*. Editorial Lumen: Argentina. 18.ª Edição.
- Apóstolo, J. (2012). *Instrumentos para Avaliação em Geriatria (Geriatric Instruments)*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Araújo, I. (2010) *Cuidar da Família com um Idoso Dependente: Formação em Enfermagem*. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem, Universidade do Porto.
- Associação Portuguesa de Familiares e Amigos dos Doentes de Alzheimer (s.d.), *In* <http://alzheimerportugal.org/pt/>
- Bardin, L. (2006) *A Análise de Conteúdo*. Lisboa, edições 70.
- Calvetti, P., Muller, M. & Nunes, M. (2007). Psicologia da Saúde e Psicologia Positiva: Perspetivas e Desafios. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 27(4), 706-717.
- Campos, C. (2004). Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57(5).
- Conceição, C. (2016) *In* <http://knoow.net/ciencsocioishuman/psicologia/senescencia/>
- Cortês, L. et al (2005). *Pontes para Outras Viagens. Escola e Comunidade Cigana: Representações Recíprocas*. ACIME.
- Fazenda, I. (2006). Saúde mental: do hospital à comunidade, dos cuidados à cidadania. Folhetos SNR (56). *Saúde Mental, Reabilitação e Cidadania.*, 56. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Ferreira, M. (2012). *Ser cuidador: Um Estudo sobre a Satisfação do Cuidador Formal de Idosos*. Tese de Mestrado em Educação Social, Escola Superior de Educação de Bragança, Instituto Politécnico de Bragança.

- Fernandes, N. (2013). *A Qualidade de Vida em Idosos Institucionalizados*. Tese de Mestrado em Psicogerontologia Comunitária, Escola Superior de Educação de Beja, Instituto Politécnico de Beja.
- Folle, A. (2012). *A Representação Social da Demência para Famílias de Pacientes*. Tese de Mestrado em Ciências da Saúde, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília.
- Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação: da conceção à realização*. 3.<sup>a</sup> ed. Loures: Lusociência.
- Gonçalves, T. (2013) *Projeto de Intervenção – Necessidades Formativas dos Cuidadores Formais dos Doentes de Alzheimer Institucionalizados*. Tese de Mestrado em Psicogerontologia Comunitária, Escola Superior de Educação de Beja, Instituto Politécnico de Beja.
- Guerra, I. (2006). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo – Sentidos e formas de uso*. 1.<sup>a</sup> Edição, Príncípia Editora, Lda: Estoril.
- Guia Académico (2016). In <http://blog.fastformat.co/escrevendo-as-secoes-de-resultado-e-discussao/>
- Instituto do Emprego e Formação Profissional, I.P. (s.d.) In <https://www.iefp.pt/formacao>
- Instituto da Segurança Social, I.P. (s.d.) In <http://www.seg-social.pt/idosos>
- Monteiro, A. (1996). A avaliação nos projetos de intervenção social: reflexões a partir de uma prática. *Sociologia – Problemas e Práticas*. Lisboa. N.º22 (1996), p.137-154
- Monteiro, B. et al (2014). Empatia e *Engagement* como Preditores do *Burnout* em Cuidadores Formais de Idosos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2014, 15(1), 2-12.
- Nunes, A. (2009). *Promovendo a Ajuda-mútua em Saúde Mental*. Tese para Obtenção do Título de Especialista, Escola Superior de Saúde de Beja, Instituto Politécnico de Beja.

- Paiva, D. (2013). *Estudo de Adaptação Transcultural e Validação do Six Item Cognitive Impairment Test (6CIT)*. Tese de Mestrado em Enfermagem de Saúde do Idoso e Geriatria, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Paúl, C. (2005). Envelhecimento ativo e redes de suporte social. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 2005, v.15.
- Pereira, S. & Marques, E. (2014). Dificuldades dos cuidadores formais de idosos institucionalizados. *Revista de Psicologia*, 1(2), 133-140.
- Phaneuf, M. (2010). *O Envelhecimento Perturbado: A Doença de Alzheimer*. Loures: Lusodidacta – Sociedade Portuguesa de Material Didáctico, Lda.
- Pontes, C. (2017). As faces da Demência e a investigação em Portugal. *Alzheimer Portugal. Associação Portuguesa de Familiares e Amigos de Doentes de Alzheimer*, n.º 65, Fevereiro a Abril de 2017: 5.
- Portal da Saúde Mental (s.d.) In <https://www.portaldasaudemental.pt/a-saude-mental/>
- Programa Nacional para a Saúde Mental (2016). *Portugal – Saúde Mental em Números – 2015*. Direção Geral da Saúde.
- Saraiva, D. (2011) *O Olhar dos e pelos Cuidadores: Os impactos de cuidar e a importância do apoio ao cuidador*. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas, Lda.
- Spar, J. & La Rue, A. (2005). *Guia Prático Climepsi de Psiquiatria Geriátrica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Torres, E. (2013). Representações das Demências na Imprensa (2001 – 2010). *Sociologia, Problemas e Práticas*, n.º 73, 2013, p.9-33.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs (2015). *World Population Prospects: The 2015 Revision*.

## **Apêndices**

## **I – Guião Entrevista Ajudantes Ação Direta**

## **Guião de Entrevista (Ajudantes de Ação Direta)**

No âmbito da realização da Dissertação para conclusão do Mestrado em Psicogerontologia Comunitária, na Escola Superior de Educação, Instituto Politécnico de Beja, solicito a sua colaboração para a recolha de informações acerca da sua experiência de cuidado a idosos com demência.

As respostas obtidas serão utilizadas exclusivamente para esta investigação e será garantida a confidencialidade dos entrevistados.

Tema: Representações Sociais dos Cuidadores Formais sobre Demência

Objetivo Geral: Identificar as representações sociais dos cuidadores formais sobre demência

Objetivos específicos: Apurar os conhecimentos dos cuidadores formais de idosos sobre demência, enquanto entidade nosológica e identificar a forma como estes vivenciam o trabalho com utentes com esta problemática.

### **Parte 1**

#### **A) Caracterização individual**

- Género
- Idade
- Estado Civil
- Habilitações Literárias
- Categoria Profissional
- Data de início da prestação da atividade profissional nesta Instituição
- Experiências anteriores na área do cuidado a idosos

#### **B) Caracterização da atividade profissional**

- Qual o seu horário de trabalho habitual?
- Descreva, sucintamente, quais as suas atividades diárias nesta Instituição.
- Quais as tarefas que gosta mais de fazer?
- Quais as tarefas em que sente mais dificuldades?



- Por que motivo começou a trabalhar nesta entidade?

## **Parte 2**

### **C) Aspectos positivos e negativos da atividade profissional**

- Durante a sua atividade profissional, nesta instituição, já teve algum momento marcante de forma positiva?
- Sente que o seu trabalho é reconhecido pela comunidade em que se insere esta Instituição?
- Durante a sua atividade profissional, nesta Instituição, já teve algum momento que a(o) marcou de forma menos positiva?
- Se sim, pensa que essa situação alterou de alguma forma a sua vida, a nível pessoal ou profissional?

### **D) Representações sobre Demência**

- Que competências considera necessárias para se trabalhar com idosos? Porquê?
- Para si, o que significa sofrer de demência?
- Consegue identificar os sinais e sintomas de demência?
- Que tipo(s) de demência conhece?
- Há algum momento relacionado com um portador de demência que a(o) marque, a nível positivo ou negativo?
- O que pensa que pode ser feito para melhorar a qualidade de vida dos utentes com demência?
- Identifique as principais diferenças entre trabalhar com utentes com demência e utentes sem esta doença.
- Como pensa que os restantes utentes lidam com esta doença?

### **Parte 3**

#### **E) Caracterização da formação**

- Possui alguma formação anterior à sua entrada nesta Instituição?  
Qual/quais?
- Desde que trabalha nesta Instituição frequentou alguma formação?  
Qual/quais?
- Quais as formações que achou mais interessantes? Porquê?
- Sente necessidade de ter formação noutras áreas não abordadas até ao momento? Quais?

Obrigada pela sua colaboração.

## **II - Guião de Entrevista Diretora Técnica**

### **Guião de Entrevista (Diretora Técnica)**

No âmbito da realização da Dissertação para conclusão do Mestrado em Psicogerontologia Comunitária, na Escola Superior de Educação, Instituto Politécnico de Beja, solicito a sua colaboração para a recolha de informações acerca da sua experiência de cuidado a idosos com demência.

As respostas obtidas serão utilizadas exclusivamente para esta investigação e será garantida a confidencialidade dos entrevistados.

**Tema:** Representações Sociais dos Cuidadores Formais sobre Demência

**Objetivo Geral:** Identificar as representações sociais dos cuidadores formais sobre demência

**Objetivos específicos:** Apurar os conhecimentos dos cuidadores formais de idosos sobre demência, enquanto entidade nosológica e identificar a forma como estes vivenciam o trabalho com utentes com esta problemática.

#### **Parte 1**

##### **A) Caracterização individual**

- Género
- Idade
- Estado Civil
- Habilitações Literárias
- Categoria Profissional
- Data de início da prestação da atividade profissional nesta instituição
- Experiências anteriores na área do cuidado a idosos

##### **B) Caracterização dos utentes da Instituição**

- Em termos de grau de dependência, como classifica a maioria dos utentes da Estrutura Residencial para Pessoas Idosas desta Instituição?
- De forma geral, como classifica a sua relação com os Ajudantes Ação Direta desta Instituição?

- Sente que o trabalho prestado pelos Ajudantes de Ação Direta é reconhecido pela comunidade em que se insere a Instituição?

## **Parte 2**

### **C) Aspectos positivos e negativos da atividade profissional**

- Na sua opinião, quais são os principais aspectos positivos e negativos deste trabalho para os Ajudantes de Ação Direta da Instituição?
- De que forma os colaboradores lidam com os aspectos menos positivos do trabalho que desempenham?
- Considera que os Ajudantes de Ação Direta desta Instituição estão motivados para o trabalho?

### **D) Representações sobre Demência**

- Considera que os Ajudantes de Ação Direta desta Instituição estão devidamente informados sobre Demência?
- Quais as medidas que a Instituição tem desenvolvido no sentido de proporcionar aos Ajudantes de Ação Direta informação adequada sobre esta patologia?
- Como pensa que os Ajudantes de Ação Direta lidam com esta patologia?
- Como pensa que os restantes utentes lidam com esta patologia?
- 

## **Parte 3**

### **E) Caracterização da formação**

- Quais as formações que a Instituição tem disponibilizado aos seus colaboradores?
- Quais as formações que os colaboradores acharam mais interessantes? Porquê?
- Sente necessidade de ministrar formação noutras áreas não abordadas até ao momento? Quais?

Obrigada pela sua colaboração.

### **III – Pedido formal à Instituição Seleccionada**

**Isabel da Conceição Caeiro Garrido**

(Morada)

(Código Postal)

Exm.º Senhor

**Presidente da Direção da (Instituição Seleccionada)**

(Morada)

(Código Postal)

Sua referência	Sua comunicação de	Minha referência	Data	Número
			2016.Out.20	01/2016

**Assunto: Pedido de colaboração em estudo**

O meu nome é Isabel da Conceição Caeiro Garrido e encontro-me a frequentar o Mestrado em Psicogerontologia Comunitária no Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Educação.

No âmbito da elaboração da Dissertação para conclusão do Mestrado supramencionado, com o tema “As Representações Sociais dos Cuidadores Formais de Idosos sobre Demência”, venho por este meio solicitar a autorização de V. Ex.ª para a recolha de dados no Lar (nome), através da aplicação de entrevistas aos Ajudantes de Ação Direta e à Diretora Técnica.

Asseguro que será mantido o anonimato e a confidencialidade dos dados e que a informação recolhida será utilizada exclusivamente para fins académicos.

Com os melhores cumprimentos.

*Isabel da Conceição Caeiro Garrido*

#### **IV – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**



### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

O meu nome é Isabel da Conceição Caeiro Garrido e encontro-me a frequentar o Mestrado em Psicogerontologia Comunitária no Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Educação.

No âmbito da elaboração da Dissertação para conclusão do Mestrado supramencionado, com o tema “As Representações Sociais dos Cuidadores Formais de Idosos sobre Demência”, venho por este meio solicitar a sua colaboração para a recolha de testemunho sobre o cuidado a idosos, através da aplicação de uma entrevista do tipo semiestruturada.

O principal objetivo desta investigação consiste em identificar as representações sociais dos cuidadores formais de idosos sobre Demência. Outro dos objetivos passa por apurar os conhecimentos dos cuidadores formais de idosos sobre demência, enquanto entidade nosológica e identificar a forma como estes vivenciam o trabalho com utentes com esta problemática.

No âmbito da realização da Dissertação para conclusão do Mestrado em Psicogerontologia Comunitária, na Escola Superior de Educação, Instituto Politécnico de Beja, solicito a sua colaboração para a recolha de informações acerca da sua experiência de cuidado a idosos com demência.

As respostas obtidas serão utilizadas exclusivamente para esta investigação e será garantida a confidencialidade dos entrevistados.

De forma a facilitar o registo dos dados fornecidos durante a aplicação da entrevista solicita a sua autorização para a gravação em áudio da entrevista.

Asseguro que será mantido o anonimato e a confidencialidade dos dados e que a informação recolhida será utilizada exclusivamente para fins académicos.

Pelo exposto, o participante declara que:

- Compreende que pode colocar, a qualquer momento, todas as questões relacionadas com a presente investigação;

- Tem o direito de parar a entrevista a qualquer momento, assim como o de não responder a algumas questões, se o entender;

- Foi informada(o) que nenhuma informação obtida ao longo da entrevista será publicada ou comunicada se colocar em causa o anonimato e a confidencialidade da(o) participante.

Autorizo que me seja aplicada a entrevista para o estudo.

---

Assinatura do Participante

Data: \_\_\_\_\_

**V – Matriz da Análise de Conteúdo das Entrevistas dos  
Ajudantes de Ação Direta**

## Matriz da Análise de Conteúdo das Entrevistas dos Ajudantes de Ação Direta

Categorias	Subcategorias	Indicadores/Unidades de Registo	Unidades de Contexto
Caracterização da atividade profissional	Horário de trabalho habitual	<ul style="list-style-type: none"> <li>Regime de trabalho em turnos rotativos</li> </ul>	“Turnos rotativos” – resposta de todos os entrevistados
	Atividades diárias na Instituição	<ul style="list-style-type: none"> <li>Todas as tarefas inerentes ao funcionamento diário da Instituição</li> </ul>	<p>A) “Higienes, apoio nas refeições, limpezas, acompanhamento a consultas, tudo um pouco” (<i>risos</i>)</p> <p>B) “De tudo. Limpezas, higiene, tudo. Aqui nenhuma tem trabalho fixo, temos que fazer de tudo um pouco.” (<i>de forma assertiva</i>)</p> <p>C) “Tudo um pouco.” (<i>não adianta mais nada</i>)</p> <p>D) “Tudo.” (<i>sem hesitar</i>)</p> <p>E) “Tudo.”</p> <p>F) “Tudo.”</p> <p>G) Tarefas do Serviço de Apoio Domiciliários: distribuição das cestas, banhos, limpezas, medicação. Aqui (no Lar) também ajudamos as colegas nas higienes e na lavandaria.”</p> <p>H) “Tudo.”</p> <p>I) “Tudo.”</p>
	Atividades que mais gosta de fazer	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contacto direto com os utentes</li> <li>Todas as tarefas</li> </ul>	<p>A) “Tratar deles” (<i>um grande sorriso no rosto</i>); “Dar carinho, tratá-los bem, somos a segunda família deles” (<i>emoção</i>)</p> <p>B) “Gosto de tudo. Gosto de fazer de tudo um pouco, das limpezas gosto muito. Escolhem-me sempre para as limpezas a fundo (<i>com orgulho</i>) ”</p> <p>C) “Gosto muito de lidar com eles, tratar deles. (<i>sorriso no rosto</i>) Gosto de tudo, não há nada que diga que não goste.”</p> <p>D) “Gosto de tratar dos idosos. Temos que fazer tudo, mas é o que gosto mais. (<i>faz uma pausa</i>) Venho para aqui com</p>

			<p>vontade, não me custa vir trabalhar.”</p> <p>E) “Higienes, banhos...”</p> <p>F) (<i>Pensa um pouco</i>) “ Gosto de tudo aquilo que faço, de estar com eles. Gosto de tudo. Como os horários não são sempre os mesmos não fazemos sempre o mesmo.”</p> <p>G) “Tudo.” (<i>riso</i>)</p> <p>H) “Gosto de fazê-las todas.”</p> <p>I) “Gosto mais de lidar com os idosos, tarefas mais ligadas a eles.”</p>
	<p>Atividades que exerce com maior dificuldade</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sem dificuldades</li> <li>• Horário noturno</li> <li>• Limpezas</li> </ul>	<p>A) “Tudo o que seja relacionado com eles não custa. Estamos aqui, temos que fazer tudo um bocadinho” (<i>descontraída</i>)</p> <p>B) “Nas noites descanso muito pouco. Com muita gente em casa durmo uma hora. Gosto de fazer à mesma (<i>apressa-se a responder</i>), mas se não tivesse tanta gente em casa descansava mais. Nem os cheiros, a gente habitua-se... (<i>de forma tranquila</i>) ”</p> <p>C) (<i>Pensa um pouco e abana a cabeça de forma negativa</i>)</p> <p>D) “Não tenho dificuldade em coisa nenhuma. Se tivéssemos quem fizesse as limpezas e nós só cuidássemos deles era melhor, mas tem que ser.”</p> <p>E) “Isso é difícil... (<i>pensa um pouco</i>) Gosto de fazer todas. Não me faz diferença.”</p> <p>F) “Sei lá... Não há nada. A gente vai-se habituando. Há coisas que quando vimos não gostamos, tipo higienes, mas depois já não custa.”</p> <p>G) “Não há nada que não goste. Sempre gostei muito deste trabalho.”</p> <p>H) “Nenhumas. (<i>sem hesitar</i>)</p> <p>I) “Cozinha.” (<i>diz com algum desanimo</i>)</p>

	Motivos da escolha da profissão	<ul style="list-style-type: none"> <li>Falta de outras ofertas de emprego</li> <li>Gosto pela profissão</li> </ul>	<p>A) “Trabalhava no campo, entretanto fiquei no subsídio de desemprego. Chamaram-me e como tinha experiência e eu gostava deste trabalho aceitei”</p> <p>B) “Porque tinha falta de trabalho. Ainda pensei em não vir, por causa da minha avó, mas depois a Dra. Disse-me para experimentar e eu gostei de cá estar” (<i>sorriso no rosto</i>)</p> <p>C) “Terminei o curso (Geriatría), meti o currículo, precisava de trabalhar. Já tinha a experiência de tratar de um casal que agora estão aqui e gosto.” (<i>fica à espera da próxima questão</i>)</p> <p>D) “Os trabalhos aqui eram poucos. Cheguei da Suíça, inscrevi-me no Centro de Emprego, saiu o curso (Geriatría), inscrevi-me e gostei. No princípio tinha receio, mas comecei a adaptar-me. Fizemos o estágio num lar, ainda trabalhei no Centro de Dia de Safara dois meses quando abriu, a fazer férias. Durante o estágio andava com a carrinha.” (<i>com entusiasmo</i>)</p> <p>E) “Tirei o curso (Geriatría). Gostava e sempre gostei de trabalhar com idosos.” (<i>orgulho</i>)</p> <p>F) “Porque, pronto, não há aqui muitas ofertas de trabalho, surgiu de repente a hipótese de experimentar e vim.”</p> <p>G) “Porque na altura estava desempregada e perguntaram-me se queria vir.”</p> <p>H) “Nem esperava... Quando me foram chamar nunca pensei... Pensava que só vinham as que tinham o curso de Geriatría ou desemprego. Estava na dúvida, mas falei com o meu marido e aceitei. E</p>
--	---------------------------------	--	---

			<p>‘tou a gostar.” (<i>sorriso no rosto</i>)</p> <p>I) “Surgiu-me esta oportunidade e eu agarrei-a, nem hesitei.” (<i>diz com orgulho</i>)</p>
<p><b>Aspetos positivos e negativos da atividade profissional</b></p>	<p>Momentos marcantes de forma positiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Momentos de boa disposição</li> <li>• Partilha de histórias pelos utentes</li> <li>• Momentos de diversão</li> </ul>	<p>A) “Os momentos engraçados que passamos com eles, há tanta coisa. (<i>pensa um pouco</i>) Uma vez uma senhora quis vir a pé mas tinha dificuldades, eu comecei a dançar e ela dançou também e eu achei aquilo muito giro” (<i>grande sorriso</i>)</p> <p>B) “Sim. A convivência com os velhotes, contarem as coisas de antigamente. Gosto muito de falar com eles, para a gente é importante e para eles também, que são quase todos da aldeia, que nos conhecem e é bom. O mais importante é estarmos sempre bem-dispostos, mesmo que não tenhamos vontade. Gostam que lhe demos carinho, atenção, têm os filhos longe... (<i>de forma carinhosa</i>) ”</p> <p>C) “Nada... (<i>pensa um pouco</i>) Assim mesmo marcante de bom é o trabalho em si.”</p> <p>D) “Eu gosto muito quando fazemos as festas, conseguimos que eles dancem. Uma vez no Carnaval mascarei-me e estava um senhor tão assustado que não me conheceu e teve piada. Gosto das brincadeiras com eles.” (<i>sorrisos</i>)</p> <p>E) “Não... (<i>pensa um pouco</i>) Acontecem muitas coisas boas e más.”</p> <p>F) “Não há assim nada...”</p> <p>G) “Aqui tudo fica na memória, o bom e o mau.”</p> <p>H) “Assim de repente não consigo... Eu gosto disto, ando só cantando, gosto de</p>

			todos e também gostam de mim.” ( <i>diz com orgulho</i> )
	Momentos marcantes de forma negativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>Óbito de utentes</li> <li>Nada a apontar</li> </ul>	<p>A) “Talvez a morte de um senhor que tinha que medir diabetes e insulina e essas coisas e ele ensinou a fazer a insulina. Quando cá cheguei uma manhã ele estava mal e acabou por falecer e custou-nos a todos. Foi muito de repente. Era uma pessoa muito agarrada à gente, acreditava muito no nosso trabalho” (<i>emociona-se</i>)</p> <p>B) “Nada. (<i>sem hesitar</i>) Não podemos levar daqui coisas más, só coisas boas. Mesmo com as colegas e os velhotes não tenho problema nenhum”</p> <p>C) (<i>pensa um pouco</i>) “Nada.” (<i>diz sem confiança</i>)</p> <p>D) “Nada.”</p> <p>E) “Nada.”</p> <p>F) “Um homenzito que estava aqui que morreu. Estava muito doente mas não pensei que morresse tão de repente e eu estava a trabalhar e deu-me muita pena dele.”</p> <p>G) “Também não. O que aqui acontece é o normal, é o dia-a-dia deles.”</p> <p>H) “Já houve. Não gostei da atitude de uma colega. Mas depois as coisas ficaram resolvidas.”</p> <p>I) (<i>Pensa um pouco</i>) “Nada.”</p>
	Reconhecimento do trabalho pela comunidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reconhecimento pela comunidade</li> </ul>	<p>A) “Sim” (<i>sem hesitar</i>)</p> <p>B) “Sim (<i>sem hesitar</i>). Muitos utentes dizem que sou boa para eles e os filhos ficam contentes, que temos jeito para eles (<i>com jhorgulho</i>) ”</p> <p>C) “Sim sim.” (<i>com orgulho e sem hesitar</i>)</p> <p>D) “Sim. Não é toda a gente, mas a maioria gostam e vêem que é importante para a nossa</p>



			<p>aldeia e dá trabalho a muita gente.”</p> <p>E) “Sim!”</p> <p>F) “As pessoas gostam do que se faz aqui e de termos aqui o Lar.”</p> <p>G) “Sim!”</p> <p>H) “Sim sim!” (<i>diz com convicção</i>)</p> <p>I) “Sim.”</p>
	Consequência dos momentos menos positivos, a nível pessoal ou profissional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não influência dos episódios negativos</li> </ul>	<p>A) “Não. Porque acabamos por nos mentalizar que a vida é assim, a realidade é essa” (<i>de forma séria</i>)</p> <p>F) “Não.”</p> <p>H) “Agora está tudo bem.” (<i>sorriso no rosto</i>)</p>
<b>Conhecimentos / Competências para o cuidado de pessoas com demência</b>	Competências para trabalhar com idosos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atenção ao que é dito</li> <li>• Paciência</li> <li>• Carinho</li> <li>• Gosto pela profissão</li> </ul>	<p>A) “Muita calma, paciência com eles, parar para os escutar e nunca os contrariar embora vejamos que eles estão fora de si, tentar que caiam na realidade” (<i>de forma carinhosa</i>)</p> <p>B) (<i>Pensa um pouco</i>) “O mais importante é ter paciência, saber ouvir as pessoas. Ao longo do tempo vamos adquirindo outras coisas... A maneira melhor para lidar com eles.” (<i>de forma emotiva</i>)</p> <p>C) “Acima de tudo muita paciência para lidar com idosos. Nem sempre é fácil... (<i>suspira</i>) Com paciência porque senão acabam por não entender.”</p> <p>D) “Paciência... Sei lá. (<i>pensa um pouco</i>) Paciência é o fundamental para esta gente, temos que os saber lidar, ter disposição, ter vontade para conseguirmos que estejam bem e nós também.”</p> <p>E) “Muita paciência, gostar... Ter muito carinho para eles que eles precisam muito e toda a atenção que a gente lhe possa dar.”</p> <p>F) “Tem que se gostar daquilo que se faz e ter muita</p>

			<p>paciência para eles. E gostar da convivência com eles, porque se não gostar não se consegue. E ter sentido de humor, para eles se rirem.”</p> <p>G) “Muita paciência. Muito jeito para eles, saber lidar com cada um. São crianças grandes...” (<i>diz com carinho</i>)</p> <p>H) “Muita paciência, coragem...”</p> <p>I) “Muita paciência, carinho, jeito para eles. Tem que se compreender a maneira de ser deles. E carinho sobretudo.”</p>
	Facilidade na identificação de portadores de demência	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resultado do contacto direto com os utentes</li> <li>• Incoerências no discurso</li> <li>• Facilidade de identificação</li> </ul>	<p>A) “Às vezes é difícil. Conhecendo as pessoas nós sabemos, mas se encontrarmos alguém e nos fizer uma conversa nós pensamos que é normal. Aqui conseguimos saber quem está em si ou não. Às vezes perguntam por pessoas que já não existem. Aqui é muito fácil de perceber, lá fora pronto...”</p> <p>B) “Teria que falar com eles primeiro um pouco. Com o tempo deveríamos ser capazes de ver logo. Com a conversa vê-se logo” (<i>de forma assertiva</i>)</p> <p>C) “Eu acho que sim... (<i>sem muita confiança</i>) Basta a gente falar um bocadinho com eles e pelas respostas vê logo.”</p> <p>D) “Sim! (<i>de forma veemente</i>) É uma coisa que se vê bem.”</p> <p>E) “Sim! (<i>de forma veemente</i>)</p> <p>F) “Só olhando talvez. Há certos sinais que dão. Sem falar com eles se calhar não conseguia. Há dias em que não dizem nada certo, mas há outros que as conversas têm sentido.”</p> <p>G) “Sim, porque temos tido pessoas que não são daqui e nota-se logo, não dá para esconder.”</p>

			<p>H) “Conseguia! (<i>diz com convicção</i>) Mesmo fora da Instituição conseguia.”</p> <p>I) “Sim.” (<i>diz com convicção e não adianta mais informação</i>)</p>
	Conhecimentos sobre tipologias de demência	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Episódios de psicose</li> <li>• Alzheimer</li> <li>• Da idade</li> <li>• Parkinson</li> </ul>	<p>A) “A pessoa que não está bem. Está a falhar com a conversa. Tivemos aqui um senhor que depois de morrer a mulher estava sempre a vê-lo”</p> <p>B) “Alzheimer é que anda aí mais... (<i>diz sem confiança</i>) Quase todas as pessoas de idade apanham essa doença. Antigamente não era tanto. Já há muitas pessoas novas com demência. A nossa geração vai ser pior que estas pessoas agora, este <i>stress</i> faz muito mal” (<i>com alguma tristeza</i>)</p> <p>C) “Alzheimer. (<i>pensa mais um pouco</i>) Tenho o meu pai assim e também tem esclerose múltipla.”</p> <p>D) “Alzheimer, conhecemos bem.”</p> <p>E) “Só Alzheimer.”</p> <p>F) (<i>pensa um pouco</i>) “A demência da minha mãe é da idade.”</p> <p>G) (<i>Ri envergonhada e pensa um pouco</i>) “Sei lá... Alzheimer.”</p> <p>H) “Alzheimer, perda de memória, Parkinson.”</p> <p>I) “Alzheimer.”</p>
<b>Representações sobre demência</b>	Significado de “sofrer de demência”	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perda de memória</li> <li>• Dificuldade na identificação de familiares</li> <li>• Alzheimer</li> <li>• Alienação</li> </ul>	<p>A) (<i>Pensa um pouco</i>) “É a doença deles esquecerem as coisas”</p> <p>B) “É a pessoa estar meio esquecida de um todo. Já nem sabem dizer quem são e quem são os filhos. Tudo depende dos dias... E o sítio e a idade também contam muito.”</p> <p>C) “Para mim quer dizer que estão esquecidos, não conhecem já as pessoas, têm dificuldades.”</p>

			<p>D) “ É o sentido deles, a cabeça, que se vai embora o sentido.”</p> <p>E) “É Alzheimer não é? <i>(fica à espera da minha reação)</i> Temos aqui muitos que é assim, não têm sentido, mas que sabem as coisas antigas todas. Temos aqui uma senhora que sabe o nome de todas mas depois não sabe outras coisas.”</p> <p>F) <i>(Pensa um pouco)</i> “É a pessoa estar no mundo dele, o mundo só dele. Não sei explicar... ‘Tá alheia de tudo.”</p> <p>G) “A pessoa que não tem noção da realidade.”</p> <p>H) “Está acontecendo já muito, a minha mãe também ficou assim...” <i>(diz com tristeza)</i></p> <p>I) “É o sentido que não está bom.”</p>
	<p>Momentos marcantes relacionados com portadores de demência</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Episódios de alucinações</li> <li>• Episódios de agitação</li> </ul>	<p>A) “Tá aqui uma senhora sempre a gritar pelos meninos, pensa que os netos estão com ela, até de noite”</p> <p>B) <i>(Pensa um pouco)</i> “Não” <i>(de forma serena)</i></p> <p>C) “Com o meu pai custa ele não conhecer os filhos” <i>(de forma emotiva)</i></p> <p>D) “Temos aqui uma senhora que se deitou, adormeceu, passado meia hora pediu p’ra se levantar, que tinha morrido um senhor, queria ir ao funeral. Levou a noite toda com aquilo. Tem dias que nos conhece a todas e há outros que não conhece ninguém. Temos outra senhora que é das mais novas que tem esse problema e que todos são irmãos dela. <i>(faz uma pausa)</i> E tenho uma tia que mora comigo que também tem, ‘tá aqui no Centro de Dia e depois vai comigo para casa. Deixo que ela se vista sozinha e que faça as coisas sem ajuda.”</p>

			<p>E) “Essa senhora dos nomes está sempre a perguntar pela mãe de uma funcionária que já morreu, porque eram muito amigas.”</p> <p>F) “Nada. Com a minha mãe é não conhecer as pessoas com que sempre lidou. Às vezes reconhece que não está bem e chora muito.” <i>(diz com tristeza)</i></p> <p>G) “Nada...”</p> <p>H) “Haviam aqui situações, com um velhote que já morreu e que gostávamos muito dele e custou ele morrer.” <i>(diz com tristeza)</i></p> <p>I) “Temos uma senhora que tem o gosto muito dela. Era minha vizinha. Ainda me conhece e sabe o meu nome...” <i>(diz com carinho)</i></p>
	<p>Formas de lidar com utentes com demência</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não contrariar</li> <li>• Falar com os utentes</li> <li>• Dar mimos</li> <li>• Dar atenção</li> <li>• Tratamento adequado à doença</li> </ul>	<p>A) “Nunca os contrariar, parar para falar com eles e fazer com que eles vejam que já passou, que estão no Lar com a gente e acalmá-los. Se estivermos a contrariá-los de uma certa maneira é pior para eles” <i>(de forma assertiva)</i></p> <p>B) <i>(Responde prontamente)</i> “Falar com eles, assim pouco a pouco vão melhorando, conseguem ver as coisas de outra maneira. Porque mesmo com a medicação não tem solução. Há pessoas que de uma semana para a outra nota-se diferenças.”</p> <p>C) <i>(Suspiro)</i> “Nem eu sei... Eu vejo pelo meu pai, o que é que podemos fazer? Estar acompanhado, falarmos com ele...” <i>(com tristeza)</i></p> <p>D) “É tratá-los bem, falar com eles. Da doença mesmo não podemos fazer muito. Podemos dar-lhe mimos, ajudá-los a fazer o que não conseguem fazer... <i>(faz uma pausa)</i> Agora já penso muito na velhice. Quando formos nós quem é que cuida de nós? Esta malta nova não tem a</p>

			<p>paciência que a gente tem” <i>(diz com alguma tristeza)</i></p> <p>E) “Darmos mais atenção e não contrariar, não pode ser.”</p> <p>F) “Dar-lhe tranquilidade, não os chatear, não os aborrecer. Deixar o cérebro mais descansado, porque já está tão cansado. Quanto menos chatices melhor, tranquilidade.”</p> <p>G) “Não os contrariar, apoiá-los.”</p> <p>H) “Um tratamento adequado.” <i>(responde sem hesitar)</i></p> <p>I) “Tratá-los bem, dar-lhe muita atenção.”</p>
	Principais diferenças entre trabalhar com utentes com demência e utentes sem esta patologia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necessidade de explicar mais as coisas aos utentes com demência</li> <li>• Utentes com demência requerem outros cuidados</li> <li>• Necessidade de maior dedicação aos utentes com demência</li> <li>• Adaptação do discurso de acordo com a situação mental dos utentes</li> <li>• Preferência no cuidado a utentes com demência</li> </ul>	<p>A) “A gente com uma pessoa que está normal fala abertamente, nós sabemos que está bem. <i>(faz uma pausa)</i> Essas pessoas temos que tratar com carinho, temos que explicar certas coisas”</p> <p>B) “Ora é diferente! Porque temos que dar um desconto às pessoas que não estão bem. Levam mais tempo a compreender as coisas do que as pessoas que estão bem do sentido. Requerem outros cuidados, é diferente. Uma senhora que esteja boa fica com as grades baixas, uma pessoa com demência pode-se levantar a qualquer momento. Algumas pessoas até temos que lhe dar de comer, temos que lhe dizer para abrir e fechar a boca.”</p> <p>C) “Os que não têm é fácil ‘né? Os que têm ocupam-nos sempre mais tempo, temos que nos dedicar mais.”</p> <p>D) “Nota-se um bocadinho diferenças porque quem não tem é mais fácil falar com eles. Ainda ontem um senhor que está bem meteu o rádio a tocar com a força toda às duas da manhã. Com calma expliquei-lhe e ele aceitou.</p>

			<p>Faz muita diferença. Fala-se de outra maneira, com outras conversas, fazem perguntas.”</p> <p>E) “É diferente. Trabalhar com uma pessoa que não tem, que ajuda ainda, mesmo que esteja numa cama e que tenhamos que lhe dar banho faz diferença.”</p> <p>F) “Às vezes para mim é mais fácil trabalhar com aqueles que têm Demência. Há dias que estão mais tranquilos, que lhe podemos dizer as coisas e eles riem-se e estão calmos.”</p> <p>G) “A maneira d’a gente lidar com eles. Uma pessoa de perfeito juízo a gente diz-lhe as coisas e percebe. Uma pessoa com Demência temos que ter mais cuidado.”</p> <p>H) “Aqui quase tudo tem... As que têm temos que acompanhá-las mais, dar-lhe outra dedicação.”</p> <p>I) “É muito diferente. A pessoa que não tenha Demência aceita de outra maneira as coisas. A pessoa que tenha Demência já é mais complicado.”</p>
	<p>Forma como os restantes utentes lidam com esta doença</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificuldades de aceitação por parte dos utentes sem demência</li> <li>• Falta de compreensão dos utentes sem demência</li> <li>• Episódios de ciúmes</li> </ul>	<p>A) “Uns lidam melhor, que entendem que o outro não está bem e há outros que não entendem, porque se calhar também não estão bem. Às vezes há conflitos, perdem a paciência” (<i>de forma triste</i>)</p> <p>B) “Acho que lidam bem... (<i>faz uma pausa</i>) As pessoas terão que lidar bem, não há o que fazer.”</p> <p>C) “Não aceitam muito bem porque não compreendem muito bem. É complicado.”</p> <p>D) “Há alguns que compreendem, mas há outros que não lhes entra na cabeça que não é porque querem. Não percebem que essas pessoas precisam de mais atenção.”</p>

			<p>E) “Não compreendem!” (<i>diz com alguma mágoa</i>)</p> <p>F) “Mal! Porque estão sempre a implicar e não compreendem que a pessoa não está bem.” (<i>diz com alguma irritação</i>)</p> <p>G) “Muito mal! Muito muito mal. (<i>reforça</i>) Apesar de terem consciência de que eles não estão bem não têm paciência nenhuma...” (<i>diz com alguma mágoa</i>)</p> <p>H) “Os outros às vezes nem se apercebem e pensam que estão bem. Às vezes ficam com ciúmes por lhes darmos atenção.”</p> <p>I) “Às vezes é complicado porque já temos tido guerreias e discussões e comparam-se com eles. Porque não compreendem e não vêem que estão doentes e não percebem.”</p>
<b>Caracterização da formação</b>	Formação anterior à entrada na Instituição	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nenhuma formação</li> <li>• Geriatria</li> <li>• Animação Sociocultural</li> </ul>	<p>A) “Não. Fizemos uma pequenina formação quando o Lar abriu com a Enfermeira, para aprendermos algumas coisas”</p> <p>B) “Fiz o 12.º ano antes de vir, um curso de Organização de Eventos. E fiz um de Práticas de Ação Educativas e fiquei com o 9.º ano.”</p> <p>C) “Não.”</p> <p>D) “De Geriatria.”</p> <p>E) “Geriatria”</p> <p>F) “Não.”</p> <p>G) “Não.”</p> <p>H) “Não.”</p> <p>I) “Fiz um curso de catorze meses de Animação Sociocultural.”</p>
	Frequência de formações na Instituição	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nenhuma formação</li> <li>• Ações de formação com a Enfermeira da Instituição</li> </ul>	<p>A) “Só com a Enfermeira”</p> <p>B) “Não. Vieram umas senhoras de uma Associação mas não gostei.” (<i>diz com indiferença</i>)</p>



			<p>C) “Tivemos uma com duas senhoras que depois deixaram de vir, era de Socorrismo.”</p> <p>D) “Tivemos uma sobre Saúde, sobre Demência, doenças...”</p> <p>E) “Fizemos com a Enfermeira, no início.”</p> <p>F) “Não.”</p> <p>G) “Tivemos uma pequena formação com a Enfermeira, não me lembro o quê. (<i>pensa um pouco</i>) De Cuidados de Saúde.”</p> <p>H) “Tive uma de higiene. A Enfermeira também nos deu uma formação, sobre lidar com eles e fazer as camas.”</p> <p>I) “Não.”</p>
	Formações que considerou mais interessantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ações de formação com a Enfermeira da Instituição</li> </ul>	<p>A) “Gostei dessa, com a Enfermeira. Ainda estamos a aprender, todos os dias aprendemos coisas. Eu gostava de ser Enfermeira (<i>diz com um brilho nos olhos</i>), mas como não tive estudos não consegui. Quando ‘tive no hospital via como as enfermeiras faziam, como mudavam as camas dos acamados e eu aprendi a fazer. (<i>risos</i>)”</p> <p>B) “Gostei daquela das Práticas de Ação Educativas. Trabalhar com crianças também é muito bom” (<i>com alguma nostalgia</i>)</p> <p>D) “Geriatrica.” (<i>sem hesitar</i>)</p>
	Necessidades formativas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nenhuma necessidade formativa</li> </ul>	<p>A) “Nada. Se tiver que fazer terei que fazer, mas nada... (<i>de forma séria</i>)”</p> <p>B) “Não. (<i>sem hesitar</i>) As formações que tenho já chegam”</p> <p>C) “Há certas coisas que devíamos ter. Por vezes para socorrermos as pessoas fazíamos coisas que não eram corretas.”</p>

			<p>D) “Não. Acho que estamos prontas para esta etapa. Acho que fazemos o suficiente, não há muito a aprender.”</p> <p>E) “Não.” (<i>sem hesitar</i>)</p> <p>F) “Se tivesse oportunidade gostava de fazer.” (<i>não específica</i>)</p> <p>G) “Sinceramente gostava de ter o curso de Geriatria mas não tenho a necessidade porque só falta a teoria, a prática já temos.”</p> <p>H) “Se tivesse tempo até gostava, mas estamos tão ocupadas...”</p> <p>I) “Gostava de fazer uma formação nesta área.”</p>
--	--	--	---

## **VI - Matriz da Análise de Conteúdo da Entrevista da Diretora Técnica**

## Matriz da Análise de Conteúdo das Entrevistas da Diretora Técnica

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Indicadores/Unidades de Registo</b>	<b>Unidades de Contexto</b>
<b>Caracterização dos utentes da Instituição</b>	Grau de Dependência	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utesntes com grau elevado de dependência</li> </ul>	“A nível da ERPI temos dois utentes autónomos, dois utentes totalmente dependentes (acamados) e cinco utentes em cadeira de rodas. Exceto os dois utentes autónomos, todos os utentes (trinta) necessitam de apoio nas AVD's.”
<b>Aspetos positivos e negativos da atividade profissional</b>	Reconhecimento do trabalho pelos utentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconhecimento pelos utentes</li> </ul>	“Acho que sim. Às vezes até comentam que trabalham muito.”
	Aspectos positivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconhecimento</li> </ul>	“Trabalhar com os utentes e ver o reconhecimento deles.”
	Aspectos negativos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esforço</li> </ul>	“Tipo de trabalho que fazem, de muito esforço.”
	Consequência dos aspectos menos positivos no desempenho dos colaboradores da Instituição	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desvalorização dos aspetos negativos</li> </ul>	“Acho que tentam tirar o lado positivo das coisas. A parte negativa relaciona-se com a relação entre colaboradores.”
	Motivação dos colaboradores	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brio profissional</li> </ul>	“Sim! Acho muito! Grande parte, senão todas, têm brio profissional e são boas profissionais.”
<b>Representações sobre Demência</b>	Conhecimentos dos colaboradores sobre demência	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecimentos suficientes</li> </ul>	“Eu acho que sim. Apesar de não terem formação nessa área, conseguem lidar bem com isso.”
	Medidas para proporcionar informação aos colaboradores	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transmissão de conhecimentos</li> </ul>	“Eu e a Enfermeira falamos muito com eles, tentamos fazê-los compreender.”
	Forma como os colaboradores lidam com esta doença	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compreensão</li> </ul>	“Acho que são bastante compreensivas. A experiência acaba por dar isso.”
	Forma como os utentes sem Demência lidam com esta doença	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de paciência</li> </ul>	“Não compreendem, zangam-se...”
<b>Caracterização da Formação</b>	Formações realizadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primeiros socorros</li> <li>• Demência</li> </ul>	“A Enfermeira ministra algumas formações, como primeiros socorros, Demência. A última sobre Demência foi há uns anos.”
	Necessidade de outras formações	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não se verifica necessidade</li> </ul>	“Não. Porque as funcionárias têm aqui muito trabalho e muitas responsabilidades em casa, é difícil.”

## **VII – Ficha de Auto-avaliação do Curso de Formação**

### **Ficha de Auto-avaliação do Curso de Formação**

<b>Questões</b>	<b>Fraco</b>	<b>Médio</b>	<b>Bom</b>	<b>Excelente</b>
Aquisição de novos conhecimentos sobre este tema				
Grau de interesse das informações transmitidas				
Influência do curso no desempenho profissional				
Nível de conhecimentos da formadora sobre o tema				
Capacidade da formadora no esclarecimento de dúvidas				
Grau de conhecimentos sobre demência antes da formação				
Grau de conhecimentos sobre demência após a formação				
Influência do curso no enriquecimento pessoal				
Motivação para a frequência do curso				
Apreciação global do curso				